Institut de la statistique du Québec

# ÉTUDE LONGITUDINALE DU DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS DU QUÉBEC (ÉLDEQ 1998-2002)

## LES NOURRISSONS DE 5 MOIS

## L'alimentation du nourrisson

Volume 1, numéro 5

COLLECTION
**la santé et le bien-être**

Québec

Pour tout renseignement concernant l'ISQ et les
données statistiques qui y sont disponibles
s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, Chemin Ste-Foy
Québec (Québec)
G1R 5T4
Téléphone : (418) 691-2401
ou
Téléphone : 1 800 463-4090
(aucuns frais d'appel)

Site WEB : http://www.stat.gouv.qc.ca

Cette publication a été réalisée et produite par
l'Institut de la statistique du Québec.

Les Publications du Québec
en assurent la distribution.

Les Publications du Québec
1500-D, boul. Charest Ouest
Ste -Foy (Québec)
G1N 2E5

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Deuxième trimestre 2000
ISBN 2-551-19327-3
ISBN 2-551-19904-2

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction est interdite
sans l'autorisation expresse
de l'Institut de la statistique du Québec.

Mai 2000

100-06989/

# Avant-propos

Comme la majorité des pays industrialisés, le Québec et le Canada constatent depuis plus de vingt ans l'augmentation importante des coûts liés à la mésadaptation des individus, et des jeunes en particulier, à leur environnement. Par le biais de *l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ÉLDEQ 1998-2002), la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec(ISQ), en association avec un groupe de chercheurs universitaires, offrent aux instances gouvernementales de même qu'aux professionnels et aux intervenants – confrontés quotidiennement aux méfaits de l'inadaptation du jeune enfant – un outil indispensable tant pour l'action que pour la prévention.

Plus spécifiquement, ce projet d'étude longitudinale d'une cohorte de naissances origine d'une collaboration entre des chercheurs universitaires et Santé Québec[1] pour donner au Québec les moyens de prévenir des problèmes extrêmement coûteux financièrement, socialement et humainement, soit l'abandon scolaire, la délinquance, le suicide, la toxicomanie, la violence familiale, etc. Au Québec, comme dans d'autres pays (Grande-Bretagne, Nouvelle-Zélande, États-Unis), nous avons préconisé le recours à l'étude longitudinale de l'enfant de 0 à 5 ans (2 223 enfants pour la présente étude et 600 paires de jumeaux d'une seconde étude associée) pour mieux cerner les facteurs influençant son développement et son adaptation psychosociale au milieu.

L'ÉLDEQ 1998-2002 a comme objectif général de connaître les PRÉCURSEURS de l'adaptation en milieu scolaire, d'identifier les CHEMINEMENTS de cette adaptation et d'évaluer ses CONSÉQUENCES à moyen et à long termes. L'ÉLDEQ 1998-2002 s'inscrit tout à fait dans la suite logique de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ, Canada). Ces enquêtes longitudinales québécoise et canadienne sont à la fois comparables et complémentaires puisqu'elles ont favorisé des méthodologies d'enquête distinctes, des échantillons de départ constitués différemment, et des instruments pratiquement identiques dans certains cas et différents pour environ le tiers de l'enquête ÉLDEQ. Ce premier rapport permet de mettre en lumière l'énorme potentiel des données que renferme cette étude. Au fil des ans, soit en passant des analyses descriptives – des résultats de la première année de l'enquête – aux analyses longitudinales des années subséquentes, la richesse des données s'en trouvera décuplée. En permettant la mise à jour des connaissances sur le développement des tout-petits, le suivi longitudinal annuel viendra répondre à des besoins que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, bailleur de fonds des collectes de données de l'étude) avait énoncés tant dans le Rapport du Groupe de travail pour les jeunes (Rapport Bouchard, 1991, *Un Québec fou de ses enfants*) que dans la *Politique de la santé et du bien-être* (1992) et dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*.

Le directeur général,

Yvon Fortin

1. Santé Québec est officiellement devenu une direction de l'ISQ, le 1er avril 1999.

**Les auteures du numéro 5 du volume 1 de l'ÉLDEQ 1998-2002 sont :**

Lise Dubois, Brigitte Bédard, Manon Girard et Édith Beauchesne
*Département de médecine sociale et préventive, Université Laval*

**Avec la collaboration de :**

Huguette Turgeon-O'Brien, *Département des sciences des aliments et la nutrition, Université Laval*

**Avec l'assistance technique de :**

Martin Boivin, au traitement des données, *Direction Santé Québec, ISQ*
France Lozeau, à la mise en page, *Direction Santé Québec, ISQ*
Nicole Descroisselles, à la révision linguistique, *Direction des normes et de l'information, ISQ*

**Les lecteurs/lectrices externes :**

Lise Bertrand, *Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Marie-Claire Lepage, *Centre de santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec*
Michèle Nadeau, *Département de nutrition, Université de Montréal*

**Le volume 1 de l'ÉLDEQ 1998-2002 est réalisé par :**

la Direction Santé Québec de l'ISQ

**L'ÉLDEQ 1998-2002 est subventionnée par :**

le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)
le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS)
le Conseil de la recherche en sciences humaines (CRSH)
le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS)
le Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR)
le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)

**L'ÉLDEQ 1998-2002 est sous la direction de :**

Mireille Jetté, coordonnateur
Hélène Desrosiers, agente de recherche
Richard E. Tremblay, directeur de l'ÉLDEQ 1998-2002
Josette Thibault, agente de recherche

**Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :**

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, bureau 1620
Montréal (Québec) H3B 4J8
Téléphone : (514) 873-4749 ou
Téléphone : 1 800 463-4090 (aucuns frais d'appel)
Télécopieur : (514) 864-9919
Site WEB : http://www.stat.gouv.qc.ca

**Citation suggérée :**

DUBOIS, L., B. BÉDARD, M. GIRARD et É. BEAUCHESNE (2000). « L'alimentation » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 5.

Ce numéro est aussi disponible en version anglaise. [This paper is also available in English under the title : "Diet" in *Longitudinal Study of Child Development in Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Vol. 1, No. 5].

**Avertissements** :

À moins d'avis contraire, dans les tableaux, « n » représente les données pondérées ramenées à la taille de l'échantillon initial.

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans ce numéro sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %.

Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale dans les tableaux et figures.

La pondération et l'effet dû au plan de sondage complexe ont été considérés dans le calcul des estimations et de la précision des estimations. La précision des estimations de proportion a été calculée à l'aide d'un effet de plan moyen. Cette approche a aussi été favorisée pour les tests du chi-carré, sauf pour les cas litigieux où le logiciel spécialisé SUDAAN a été employé. Pour toutes les autres analyses, SUDAAN a été utilisé. À noter que les hypothèses de base, telle la normalité des données, ont été vérifiées avant d'appliquer les tests statistiques sélectionnés.

**Signes conventionnels**

... N'ayant pas lieu de figurer
.. Donnée non disponible
– Néant ou zéro
p < Réfère au seuil de signification

**Abréviations**

| | |
|---|---|
| CV | Coefficient de variation |
| nd | Non disponible |
| Non sig. | Test non significatif |

# Remerciements

Selon la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la mise en place et la réalisation de *l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)* sont entièrement tributaires de la synergie des forces vives présentes tout au long d'un processus d'enquête de cette envergure. Depuis 1995, des individus, des groupes et des organismes d'horizons divers, une maison de sondages et le personnel de Santé Québec sont devenus autant de maillons indispensables à la concrétisation de cet ambitieux projet que représente la première enquête longitudinale annuelle auprès de jeunes enfants québécois rencontrés une première fois à l'âge de 5 mois.

Ce qui caractérise encore davantage ce projet c'est que chaque année un prétest et une enquête sont réalisés. Pour ce faire, on doit annuellement : 1) construire deux séries d'instruments (prétest et enquête); 2) réaliser deux collectes; 3) analyser deux séries de données; et 4) mettre en branle la production de deux types d'informations. Les résultats de chaque prétest doivent permettre la construction finale des instruments de l'enquête que celui-ci précède de 17 mois. Quant à ceux des enquêtes, ils seront transmis aux parents, diffusés dans des rapports, des faits saillants, des publications et des communications scientifiques ou d'intérêt général. Ainsi, dans le cas de la présente étude longitudinale, c'est ANNUELLEMENT que les collaborateurs à la collecte, de même que ceux en aval et en amont de cette cruciale étape, doivent mettre l'épaule à la roue. Notre profonde reconnaissance leur est acquise d'autant plus que l'effort exigé d'eux est colossal et s'étire sur une période de 8 ANS, soit de 1996 (premier prétest) à 2004 (sortie du dernier rapport longitudinal)!

Dans un premier temps, force est de reconnaître que sans Daniel Tremblay (directeur de Santé Québec depuis 1994, devenu la Direction Santé Québec de l'ISQ), Christine Colin (sous-ministre adjointe à la Direction générale de la santé publique, 1993-1998), Aline Émond (directeure de Santé Québec, 1986-1993), Richard E. Tremblay (directeur du projet de recherche ÉLDEQ) et Marc Renaud (président du CQRS, 1991-1997), l'ÉLDEQ 1998-2002, aussi connue sous le nom « En 2002... J'aurai 5 ans! », n'aurait jamais vu le jour. Ils ont tour à tour et conjointement développé, défendu et obtenu le financement de cette étude. Merci pour votre ténacité.

Merci à tous les chercheurs, de même qu'au personnel de leur groupe de recherche respectif, pour leur détermination qui ne s'est jamais démentie à travers les années. Leurs subventions de recherche mises en commun permettent chaque année de développer les instruments, d'analyser les données et de publier d'aussi riches résultats.

Merci également à Lyne Des Groseilliers (statisticienne de l'ÉLDEQ depuis 1996), Robert Courtemanche (statisticien- conseil) et France Lapointe (statisticienne de l'ÉLDEQ, 1995- 1996). Trois collègues de la Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales de l'ISQ qui ont su baliser avec justesse le parcours relativement sinueux de cette grande première.

Un merci très particulier à tous les maîtres d'œuvre de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ, Canada). Sans leur expertise, leurs conseils et leur générosité, notre enquête n'aurait pu se mettre en place. À l'instar d'une majorité des enfants de l'étude, l'ÉLDEQ apprend beaucoup de l'ELNEJ par *modeling*.

Notre gratitude va également au personnel du Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant (GRIP). Sans l'expertise informatique mise au service de l'ÉLDEQ, une partie des instruments de l'enquête n'auraient jamais été informatisés avec une aussi grande qualité.

Merci au personnel œuvrant au Service de support aux opérations de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ); sans leur efficience moins de lettres d'introduction de l'enquête auraient trouvé leur chemin.

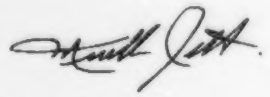
Nos plus sincères remerciements vont également au personnel du Bureau d'interviewers professionnels (BIP). Cette maison de sondages est responsable de la collecte des données des prétests et enquêtes depuis 1996 de même que du suivi des familles à l'intérieur comme à l'extérieur du territoire québécois. Madame Lucie Leclerc, à titre de présidente, a marqué du sceau de la qualité les complexes et multiples collectes de données. Assistée de Madame Véronique Dorison, la dirigeante du BIP a su inculquer aux intervieweures dédiées à l'enquête un très grand respect des

familles répondantes de même qu'une rigueur sans faille à l'égard de toutes les normes régissant cette grande première, faut-il le rappeler.

Un grand merci aux directeurs généraux, de même qu'aux directeurs des services professionnels et au personnel des services des archives des quelque 80 hôpitaux de la province qui ont accepté de collaborer de manière exceptionnelle à notre étude à une époque où les ressources sont rares, l'essoufflement perceptible et où les services archivistiques de plusieurs hôpitaux ont fusionné ou sont en phase de le faire. La même précieuse collaboration s'est établie avec les maisons de naissance qui ont accepté de participer à cette première étude longitudinale québécoise. Enfin, merci à Julie Martineau qui, agissant à titre d'archiviste médicale, permet l'analyse des précieux renseignements médicaux en assurant une codification plus que rigoureuse des données parfois bien dissimulées dans les dossiers médicaux des enfants et de leurs mères.

Quant au personnel de la Direction Santé Québec directement rattaché à l'ÉLDEQ 1998-2002, il constitue la pierre angulaire de ce projet innovateur à pratiquement tous points de vue. Ainsi, doivent être remerciés pour leur apport soutenu à la réalisation de l'enquête : Hélène Desrosiers et Josette Thibault respectivement responsable de l'analyse des données et responsable de la création des instruments de mesure; Martin Boivin, Rolland Gaudet et Gérald Benoît qui n'eurent de limites au volet informatique de l'étude (programmation et traitement de données) que celles que les logiciels ou les progiciels leur imposaient; Suzanne Bernier-Messier et Diane Lord, avec qui la polyvalence trouve tout son sens, doivent organiser, coder et gérer d'innombrables informations qui assurent la poursuite de l'enquête. Non strictement rattachées à la cohorte mais qui y œuvrent de manière extrêmement importante : France Lacoursière, France Lozeau et Thérèse Cloutier qui ont peaufiné « l'image santé québécoise » de l'étude par leur travail d'édition, tant des instruments que des rapports ou des communications lors de congrès; finalement, Lise Ménard-Godin doit être remerciée pour son efficacité à la recherche documentaire et ses précieux conseils concernant de multiples aspects des instruments de collecte. L'ardeur, la disponibilité, la capacité d'adaptation et la compétence des personnes travaillant à la cohorte n'ont d'égal que l'enthousiasme que tous les partenaires démontrent à faire de cette étude une grande réussite.

Enfin, un merci très spécial doit être adressé aux 2 223 familles répondantes de l'enquête. Merci pour la confiance qu'elles ont manifestée à l'égard de la Direction Santé Québec et de ses partenaires. Grâce à la participation de leurs parents, ces enfants sont devenus les véritables acteurs de l'ÉLDEQ, ceux qui rendent possible, à court terme, une meilleure connaissance du processus d'adaptation psychosociale des enfants à leur environnement. À moyen et à long termes, on leur devra peut-être l'instauration de programmes de dépistage précoce, des actions préventives mieux ciblées et des interventions plus efficaces pour la clientèle si précieuse que constituent les enfants.



Mireille Jetté
Coordonnateur de projets
Direction Santé Québec - ISQ

# Introduction à l'ÉLDEQ 1998-2002

**Prévenir les difficultés d'adaptation sociale**

Il suffit de considérer les coûts qu'entraînent les troubles du comportement des enfants, l'abandon scolaire, la délinquance, l'alcoolisme, la toxicomanie, la violence familiale, les maladies mentales et le suicide pour conclure qu'ils dépassent largement ce qu'une société moderne peut accepter sur le plan moral, comme sur le plan économique. Devant l'ampleur de ces problèmes, le premier réflexe est de donner à ces personnes en difficulté des services qui, idéalement, feront disparaître le problème, ou qui, tout au moins, le diminueront sensiblement. On tente depuis longtemps d'offrir de meilleurs services aux élèves en difficulté, aux alcooliques, aux toxicomanes, aux dépressifs et aux abuseurs. Mais, malgré des investissements énormes, ces services curatifs sont loin de répondre à la demande.

Bien que l'idée d'intervenir tôt pour prévenir ces problèmes puisse être retracée au moins aussi loin que la Grèce antique, la deuxième moitié du 20e siècle sera certainement reconnue comme le début de la science de la prévention des difficultés d'adaptation sociale (Coie et autres, 1993; Mrazek et Haggerty, 1994). De nombreux programmes ont été développés pour les préadolescents et les jeunes adolescents afin de prévenir le décrochage scolaire, la délinquance, la toxicomanie et le suicide. Les évaluations scientifiques de ces programmes sont encore trop peu nombreuses, mais elles tendent à démontrer qu'il est extrêmement difficile à cet âge d'aider les plus à risque (Rosenbaum et Hanson, 1998; Rutter, Giller et Hagell, 1998; Tremblay et Craig, 1995). Il est de plus en plus clair que les facteurs qui conduisent aux difficultés sérieuses d'adaptation sont mis en place bien avant le début de l'adolescence. De là l'idée que la prévention des difficultés d'adaptation sociale doit commencer au moins au cours de l'enfance et de préférence dès la grossesse (Olds et autres, 1998; Tremblay, LeMarquand et Vitaro, 1999). Ces principes sont d'ailleurs bien inscrits dans les objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* et des *Priorités nationales de santé publique* du gouvernement du Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992;1997).

**Le besoin de comprendre le développement des jeunes enfants**

Si une science de la prévention des difficultés d'adaptation sociale est apparue à la fin du 20e siècle, c'est certainement sur les talons de la science du développement de l'enfant. Il faut relire *Émile* de Jean-Jacques Rousseau, à la lumière des études récentes sur le développement de l'enfant, pour réaliser jusqu'à quel point il est impossible de bien comprendre la complexité du développement d'un enfant, et par conséquent la façon de prévenir les trajectoires déviantes, par la simple réflexion ou la simple introspection. Bien que les connaissances acquises sur le développement neurologique, hormonal, moteur, cognitif, affectif et social des enfants soient considérables, ce qui frappe c'est que Jean-Jacques Rousseau et les éducateurs qui l'ont suivi avaient plus de certitudes quant à la façon d'éduquer un enfant que nous n'en avons aujourd'hui.

Les progrès de la science du développement de l'enfant nous ont fait réaliser que les choses ne sont pas aussi simples que l'on peut ou que l'on voudrait bien l'imaginer. Bien sûr, nous avons tous été enfants, nous devenons presque tous parents, et la majorité des enfants humains deviennent des adultes relativement bien adaptés; mais nous ne comprenons pas encore clairement quand, comment et pourquoi les difficultés d'adaptation apparaissent, et surtout comment les prévenir et les corriger.

On mesure l'ampleur de notre ignorance lorsque l'on constate les débats entre spécialistes au sujet du rôle que jouent les soins des parents dans le développement des difficultés d'adaptation de leurs enfants. Certains suggèrent que les problèmes d'adaptation sociale des jeunes sont largement déterminés par des facteurs génétiques (Bock et Goode, 1996; Rowe, 1994), plusieurs mettent l'accent sur les facteurs économiques (Duncan et Brooks-Gunn, 1997) alors que d'autres attribuent un rôle déterminant aux effets des pairs (Harris, 1998; Harris, 1995; Vitaro et autres, 1997). Ces grandes questions conduisent à des interrogations plus pointues qui ont trait à différents aspects : le rôle des pères dans le développement des difficultés d'adaptation des enfants; l'impact de la consommation d'alcool et de cigarettes pendant la grossesse; l'effet des problèmes prénataux et ceux de l'accouchement; l'importance de l'allaitement et de l'alimentation; le rôle du sommeil, du développement cognitif, du tempérament, etc.

La majorité de ces questions sont au cœur des préoccupations quotidiennes des parents, des grands-parents, des éducateurs, des responsables de services aux familles, et des législateurs. Que faire pour favoriser le développement optimum de nos enfants? Pour prévenir les cas de difficultés sérieuses d'adaptation sociale? Que faire quand les problèmes commencent à apparaître? Quand les femmes enceintes ou les pères ont eux-mêmes une longue histoire de problèmes d'adaptation? Les réponses à ces questions ont évidemment des conséquences sur les politiques mises de l'avant par plusieurs ministères tels que : les ministères de la Famille et de l'Enfance, de l'Éducation, de la Santé et des Services sociaux, de la Solidarité sociale ou encore les ministères de la Sécurité publique, de la Justice et celui de la Recherche, Science et Technologie.

**La contribution de l'ÉLDEQ 1998-2002**

L'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ÉLDEQ 1998-2002) fut conçue pour contribuer à notre connaissance du développement des enfants au cours des 5 premières années de leur vie. L'objectif principal est de comprendre les facteurs mis en place pendant ces années de croissance rapide qui conduisent au succès ou à l'échec lors de l'entrée dans le système scolaire. La deuxième phase de l'étude, si elle est confirmée, aura pour objectif de comprendre le développement pendant les années d'école primaire à la lumière du développement durant la petite enfance.

Nous savons qu'il ne peut s'agir de l'étude définitive sur le développement des enfants; mais il semble bien que ce soit la première étude représentative d'une cohorte de naissances nationale qui fasse l'objet de mesures annuelles depuis la naissance jusqu'à l'entrée dans le système scolaire, et qui vise spécifiquement la compréhension de la mise en place des habiletés nécessaires à la réussite scolaire.

Bien que les efforts pour mettre en œuvre cette étude aient débuté en 1989, la première collecte de données en 1998 coïncide avec le début de la politique familiale du gouvernement du Québec qui vise les mêmes objectifs :

> «Ces services destinés aux enfants de 5 ans et moins doivent permettre à tous les enfants du Québec, quel que soit le statut de leurs parents, d'acquérir et de développer des habiletés qui les placeront en situation de réussite scolaire. »(1997, p. 10)

Lors du discours inaugural de la 36e législature le 3 mars 1999, le premier ministre Bouchard confirmait que le développement des jeunes enfants était la priorité du gouvernement du Québec :

> « Le thème qui va dominer notre action, cette année, l'an prochain et pour tout le mandat qui s'ouvre, c'est celui de la jeunesse [...]. La priorité... pour la jeunesse du Québec commence avec la famille et l'enfance. [...]. Cet investissement massif dans la petite enfance... est le meilleur gage de succès de nos enfants à court, moyen et long termes. C'est notre meilleur atout contre le décrochage et la détresse. C'est notre meilleure préparation à la réussite humaine, sociale et économique. »

Grâce à cette coïncidence historique, l'ÉLDEQ a le potentiel de devenir un précieux outil pour monitorer les effets de cet investissement massif dans la petite enfance fait par le Québec depuis 1997. En effet, grâce aux données collectées au cours de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ) du gouvernement fédéral, nous pourrons comparer le développement d'enfants nés au Québec et ailleurs au Canada avant et après la mise en place de la nouvelle politique familiale du Québec.

Nos premiers objectifs sont cependant plus modestes. Les 12 ou 13 premiers numéros (monographies) présentent les résultats de la première collecte de données. Les résultats permettent de décrire les caractéristiques des familles et des enfants alors que ces derniers étaient âgés de 5 mois[2]. Nous décrivons les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des familles, les conditions de naissance, la santé et l'adaptation sociale des parents, les relations familiales et conjugales, les relations entre les parents et les nourrissons, ainsi que les caractéristiques du nourrisson à 5 mois : le sommeil, l'alimentation, les habitudes

2. Tout au long du rapport, afin d'alléger le texte, on utilisera la périphrase « nourrissons (ou bébés) de 5 mois » pour référer à des nourrissons qui avaient en moyenne 5 mois lors de la collecte de 1998. À la section 3.1.3 du numéro 1 (volume1), on explique pourquoi les nourrissons n'avaient pas tous exactement le même âge au moment de la collecte. Ainsi que précisé au numéro 2 de la collection *ÉLDEQ 1998-2002 - les nourrissons de 5 mois*, au moment de l'enquête, 52 % des nourrissons avaient moins de 5 mois et 3,4 % avaient 6 mois ou plus.

de vie reliées à la santé buccodentaire, le tempérament, le développement moteur, social et cognitif. Dans un deuxième temps, plusieurs de ces données pourront être comparées à celles recueillies auprès d'enfants du même âge de l'ELNEJ, en 1994 et en 1996.

**Une équipe de chercheurs interdisciplinaire et interuniversitaire**

Cette étude a vu le jour grâce à la collaboration d'un très grand nombre de personnes. Dans les pages qui précèdent, Mireille Jetté en a remercié plusieurs. Je profite de cette introduction pour souligner que l'étude a vu le jour et se poursuit grâce à la collaboration d'un regroupement interdisciplinaire et interuniversitaire de chercheurs. Je tiens tout particulièrement à remercier Michel Boivin de l'École de psychologie de l'Université Laval et Mark Zoccolillo du département de psychiatrie de l'Université McGill qui participent très activement à ce projet depuis 1992, alors que nous préparions une première demande de subvention au Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada. Une deuxième vague de chercheurs toujours actifs se sont joints à l'équipe en 1993 et 1994 : Ronald G. Barr, pédiatre de l'Université McGill, Lise Dubois, diététiste et sociologue de l'Université Laval, Nicole Marcil-Gratton, démographe de l'Université de Montréal et Daniel Pérusse du département d'anthropologie de la même université. Jacques Montplaisir du département de psychiatrie de l'Université de Montréal s'est joint à l'équipe en 1995 alors que Louise Séguin du département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal et Ginette Veilleux de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre s'y sont jointes en 1998. Il importe également de souligner la contribution extrêmement importante de trois chercheurs postdoctoraux : Raymond Baillargeon a développé la tâche d'évaluation du développement cognitif, Christa Japel est adjointe au directeur scientifique pour la planification, l'analyse et la présentation des résultats, alors que Heather Juby collabore à l'analyse des données de l'histoire conjugale et familiale.

**Un concours de circonstances unique**

Une telle étude requiert la concertation de nombreux chercheurs pendant plusieurs années, d'énormes ressources financières et une longue préparation. Si au début des années 90 les chercheurs étaient convaincus de la nécessité de l'étude, il fallait convaincre les responsables des finances publiques. On doit donc reconnaître l'heureux concours de circonstances qui a fait qu'au début des années 90 des acteurs déterminants emboîtaient le pas. En effet, alors que plusieurs fonctionnaires du ministère de la Santé et des Services sociaux comprenaient le rôle essentiel de la prévention, la création du comité pour les jeunes (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991) avait conduit à la prise de conscience de l'importance de la petite enfance. À cette même époque, le président du CQRS, Marc Renaud, faisait cette même prise de conscience avec ses collègues du programme de santé des populations à l'Institut canadien de recherche avancée (ICRA), et la directrice de Santé Québec, Aline Émond, était prête à mettre sa formidable détermination au profit de la cause. Pour leur part, le ministre Jean Rochon et sa sous-ministre adjointe à la santé publique, Christine Colin, conscients de l'importance des études longitudinales sur le développement à la petite enfance, autorisaient l'investissement de grosses sommes d'argent en pleine période de réduction draconienne des budgets, alors que le gouvernement fédéral décidait de créer sa propre étude longitudinale du développement des enfants (ELNEJ). C'est dans ce contexte que l'ÉLDEQ 1998-2002 s'est matérialisée; cette étude a aussi vu le jour parce que Mireille Jetté a tout fait pour concrétiser les rêves des chercheurs, et que Daniel Tremblay lui a donné tout le soutien que permettaient les ressources disponibles.

Richard E. Tremblay, Ph. D., M.S.R.C.
Titulaire de la chaire sur le développement de l'enfant
Université de Montréal

# Table des matières


**1. Introduction** ..... **21**

**2. L'allaitement maternel** ..... **23**

2.1 La prévalence et la durée de l'allaitement ..... 23
2.2 Certains facteurs associés à l'allaitement ..... 24
2.2.1 Les conditions de naissance et les caractéristiques du nourrisson ..... 24
2.2.2 Les caractéristiques de la mère ..... 27
2.2.3 Le milieu de vie et les conditions sociales de la famille ..... 31
2.3 La prise de décision entourant l'allaitement ..... 33
2.3.1 Le moment de la prise de décision : un atout pour l'intervention ..... 33
2.3.2 Choisir d'allaiter ou non : les raisons énoncées et l'influence de l'entourage ..... 36

**3. L'introduction des aliments solides** ..... **39**

**4. La prise de suppléments de vitamines ou de minéraux** ..... **43**

**5. Conclusion** ..... **45**

**Bibliographie** ..... **47**

# Liste des tableaux et des figures

**Tableaux**


2.1 Ratio de poids actuel/poids à la naissance, selon que les bébés ont été allaités ou non à différents âges, 1998 ..... 25

2.2 Attitude de différents membres de l'entourage envers l'allaitement, telle qu'elle est perçue par la mère, 1998 ..... 37

2.3 Durée d'allaitement en fonction de l'attitude de différents membres de l'entourage envers l'allaitement, telle qu'elle est perçue par la mère, 1998 ..... 37

3.1 Âge moyen des nourrissons au moment de l'introduction des différents types d'aliments solides, en comparaison avec les recommandations, 1998 ..... 39

3.2 Fréquence d'introduction « hâtive » des différents types d'aliments solides, à différents âges des nourrissons, 1998 ..... 40


**Figures**


2.1 Prévalence et durée de l'allaitement maternel, 1998 ..... 23

2.2 Prévalence d'allaitement total, exclusif avec ou sans solides et exclusif, à différents âges, 1998 ..... 24

2.3 Prévalence d'allaitement à la naissance, selon certaines conditions de naissance de l'enfant, 1998 ..... 25

2.4 Proportion des bébés qui font leurs nuits ou non vers l'âge de 5 mois, selon la durée d'allaitement total, 1998 ..... 26

2.5 Prévalence d'allaitement à la naissance, selon certaines caractéristiques de la mère, 1998 ..... 27

2.6 Prévalence d'allaitement total à 4 mois, selon certaines caractéristiques de la mère, 1998 ..... 28

2.7 Prévalence d'allaitement total à différents âges, selon le groupe d'âge de la mère au moment de l'enquête, 1998 ..... 29

2.8 Durée d'allaitement total selon le groupe d'âge de la mère au moment du l'enquête, 1998 ..... 29

2.9 Prévalence d'allaitement total à différents âges selon le niveau de scolarité de la mère au moment de l'enquête, 1998 ..... 29

2.10 Durée d'allaitement total de 4 mois et plus pour les enfants déjà allaités selon certaines caractéristiques de la mère, 1998 ..... 30

2.11 Prévalence d'allaitement à la naissance selon le type de famille et selon le nombre de parents qui ont travaillé à un moment quelconque au cours des 12 derniers mois, 1998 ..... 31

2.12 Prévalence d'allaitement total, exclusif avec ou sans solides et exclusif, à 1 mois et à 4 mois, selon le type de famille et le nombre de parents qui ont travaillé à un moment quelconque au cours des 12 derniers mois, 1998 ..... 31-32

2.13 Prévalence d'allaitement total, exclusif avec ou sans solides et exclusif, à 1 mois et à 4 mois, selon la principale source de revenu du ménage, 1998 .... 32

2.14 Prévalence d'allaitement total à différents âges, selon le revenu annuel du ménage, 1998 ..... 33

2.15 Moment de prise de décision d'allaiter ou de ne pas allaiter, 1998 ..... 34

2.16 Moment de prise de décision d'allaiter ou de ne pas allaiter, selon le groupe d'âge de la mère, 1998 ... 35

3.1 Introduction hâtive des aliments solides à différents âges (pourcentages cumulatifs), selon la durée d'allaitement total, 1998 ..... 40

3.2 Introduction hâtive des aliments solides, selon certaines caractéristiques de la mère, 1998 ..... 41

# Rappel méthodologique

Le présent rapport publié sous la forme d'une collection de numéros porte sur des données transversales recueillies auprès d'un large échantillon de nourrissons âgés d'environ 5 mois en 1998. Il rend compte de la première d'une série de 5 mesures annuelles auprès de 2 120 enfants du Québec qui seront suivis jusqu'à l'âge de 5 ans. On rappelle que pour la première année de collecte, des résultats concernant 2 223 enfants ont été conservés[3].

La population visée par l'enquête est l'ensemble des bébés (naissances simples seulement)[4] qui avaient 59 ou 60 semaines d'âge gestationnel[5] au début de chaque période de collecte, de mères vivant au Québec à l'exclusion de celles vivant dans les régions Nord-du-Québec, crie, inuite, sur les réserves indiennes, de même que celles dont on ne disposait pas de la durée de grossesse. Dû à la variation de la durée de grossesse et aux 4 à 5 semaines allouées à chaque période de collecte, tous les nourrissons n'ont pas exactement le même âge (gestationnel ou chronologique) au moment de la collecte. Ainsi, les enfants du volet 1998 de l'ÉLDEQ ont en moyenne 61 semaines d'âge gestationnel ou environ 5 mois d'âge chronologique.

Le plan de sondage de l'enquête est stratifié à 3 degrés et l'effet de plan moyen pour des proportions est estimé à 1,3. Afin d'inférer à la population visée les données de l'échantillon, on a attribué à chaque répondant de l'enquête une valeur (un poids) correspondant au nombre de personnes qu'il « représente » dans la population. Le volet 1998 de l'ÉLDEQ 1998-2002 s'articule autour de 8 principaux instruments de collecte servant à recueillir l'information sur la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM), son conjoint ou sa conjointe s'il y a lieu, l'enfant cible et le ou les parent/s biologique/s absent/s le cas échéant. Compte tenu de la variation des taux de réponse aux différents instruments, 3 séries de poids durent être calculés et doivent être utilisés pour que l'inférence à la population soit fiable. Hormis le questionnaire auto-administré du père absent (QAAPABS) et une série de questions du questionnaire informatisé rempli par l'intervieweure (QIRI) concernant les pères biologiques absents – 2 instruments dont la non-réponse globale ou partielle est trop élevée – tous les instruments ont pu être pondérés et, de fait, les estimations présentées ont toutes fait l'objet d'ajustements visant à réduire les biais potentiels.

Toutes les données présentées qui sont affectées par un coefficient de variation (CV) de 15 % ou plus sont accompagnées d'un ou deux astérisques pour bien indiquer aux lecteurs la variabilité des estimations présentées. De plus, si des estimations affectées par un taux de non réponse partielle dépassant les 5 % sont présentées, elles sont accompagnées d'une note qui spécifie pour quel sous-groupe de la population elles sont moins fiables.

Si comme toute mesure transversale d'une enquête populationnelle, le volet Nourrissons de 5 mois de l'ÉLDEQ 1998-2002 présente certaines limites, la très grande majorité des estimations qu'elle procure sont valides et fiables et fournissent pour la première fois un portrait particulièrement détaillé des nourrissons du Québec âgés d'environ 5 mois en 1998.

NDLR : Pour plus d'informations sur la méthodologie d'enquête consulter le numéro 1 de la présente collection. Des renseignements détaillés sur la source et la justification des instruments utilisés au volet 1998 de l'ÉLDEQ, ainsi que sur la composition des échelles et des indices retenus dans le présent rapport, sont également consignés au numéro 12 intitulé « Aspects conceptuels et opérationnels ».

3. Alors que pour la première année de collecte, les résultats concernant 2 223 enfants ont été conservés, pour le suivi longitudinal, seuls 2 120 enfants seront inclus, les 103 retranchés étant une partie d'un suréchantillon servant à mesurer les effets de la tempête de verglas de janvier 1998.

4. Les couples de jumeaux (naissances gémellaires) et les autres naissances multiples ne sont pas visés par l'enquête.

5. L'âge gestationnel est défini comme étant la somme de la durée de gestation (de la grossesse) et l'âge chronologique du bébé.

# 1. Introduction

Au Québec, *La Politique de la santé et du bien-être* reconnaît l'importance d'une bonne alimentation, dès la naissance, pour la santé des individus. Une saine alimentation améliore la résistance au stress, aux infections et à leurs conséquences; de plus, en cas de maladie, elle facilite le retour à la santé (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992). Les bienfaits d'une saine alimentation tout au long des années de croissance de l'enfant sont de mieux en mieux documentés (Société canadienne de pédiatrie et autres, 1998). L'analyse des données transversales et éventuellement longitudinales de l'ÉLDEQ permettra d'approfondir nos connaissances sur l'alimentation de l'enfant relativement à divers aspects de son développement (ex. : physique, cognitif, psychomoteur), dans le contexte de la population québécoise.

Le présent volet de l'enquête offre une description des modèles d'alimentation des bébés québécois. Ces modèles se rapportent, dans un premier temps, au mode d'alimentation du nourrisson (allaitement maternel, préparations lactées pour nourrissons, lait de vache), dans un deuxième temps, à l'introduction des aliments complémentaires dans l'alimentation du bébé et, finalement, à l'utilisation de certains suppléments de vitamines et minéraux (vitamine D, fer) comme compléments à l'alimentation des nourrissons.

L'analyse des données permet ainsi d'établir les prévalences de l'allaitement total et de l'allaitement exclusif à différents âges, soit à la naissance, à 1 semaine, à 1 mois, à 2 mois, à 3 mois et à 4 mois, ainsi que la durée de l'allaitement. Ces variables sont ensuite mises en relation avec certaines conditions de naissance du nourrisson (prématurité, poids de l'enfant à la naissance), ainsi qu'avec le gain de poids depuis la naissance (ratio poids actuel/poids à la naissance) et les habitudes de sommeil (faire ses nuits ou non au moment de l'enquête). Les pratiques d'allaitement sont aussi analysées selon certaines caractéristiques de la mère (âge, scolarité, citoyenneté, perception de l'état de santé, état dépressif, tabagisme) et de la famille (rang de l'enfant à la naissance, type de famille, situation d'emploi du ou des parents, principale source de revenu du ménage et revenu familial).

L'enquête aborde ensuite différents éléments qui constituent des facteurs importants à considérer pour les interventions visant la promotion de l'allaitement maternel. Il s'agit de certains aspects entourant la prise de décision d'allaiter, tels que le moment de la prise de décision, les raisons entourant cette prise de décision ou la perception qu'a la mère de l'attitude de son entourage (conjoint, mère de la mère, famille, etc.) envers l'allaitement. Ces éléments sont mis en relation avec certaines caractéristiques de la mère et de l'enfant, ainsi qu'avec des variables liées au mode d'alimentation du nourrisson. Il est aussi question des raisons invoquées pour justifier l'arrêt de l'allaitement, lesquelles sont examinées par rapport à la durée de l'allaitement. Cela nous amène à considérer le passage aux jus de fruits et aux aliments solides. Plus précisément, nous présentons l'âge d'introduction, considérée comme hâtive, des aliments complémentaires dans l'alimentation du nourrisson. Cet aspect est étudié selon le mode d'alimentation du nourrisson et selon certaines caractéristiques de la mère et de l'enfant. Finalement, le recours aux suppléments de vitamines ou de minéraux est examiné en fonction de l'allaitement

Ces relations sont analysées principalement au moyen de tests du chi-carré et de tests de différences de proportions[6]. Les tests de tendances sont pour leur part effectués grâce à la méthode de Cochran-Armitage (Fleiss, 1981). Mentionnons que les résultats présentés concernant l'alimentation du nourrisson sont tirés du questionnaire papier rempli par l'interviewer (QPRI), alors que les données sociodémographiques et physiologiques proviennent du questionnaire informatisé rempli par l'intervieweure (QIRI). Ces deux questionnaires s'adressaient à la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM), dans 99 % des cas, la mère biologique de l'enfant[7].

6. Les seuils de signification figurant dans le présent numéro ont été obtenus en utilisant un effet de plan moyen. Comme le suggère le numéro 1 de la présente publication, pour les cas litigieux, une approche exacte tenant compte d'un plan de sondage complexe a été retenue.

7. Comme la quasi-totalité des PCM sont des mères, nous utiliserons dans le présent numéro le genre féminin pour les désigner.

## 2.1 La prévalence et la durée de l'allaitement

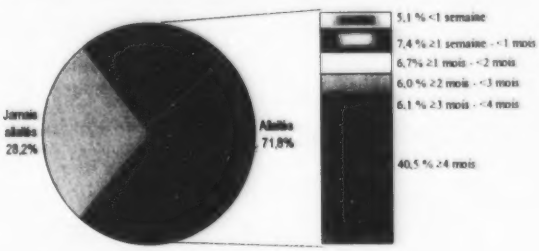
L'allaitement maternel demeure le mode d'alimentation à privilégier en début de vie. Il permet une meilleure protection contre les infections et prévient les allergies chez les bébés ayant une prédisposition familiale. De plus, l'allaitement pourrait prévenir la mort subite du nourrisson, améliorer le développement cognitif de l'enfant et contribuer au développement du lien mère-enfant (Société canadienne de pédiatrie et autres, 1998). L'ÉLDEQ constitue la première enquête à grande échelle permettant d'évaluer la prévalence de l'allaitement chez l'ensemble des nourrissons du Québec. Ces données fournissent ainsi une référence de base essentielle à l'évaluation des tendances en matière d'alimentation du nourrisson dans les années futures. De plus, elles permettent d'ores et déjà de dégager des pistes d'intervention pour les programmes de santé publique.

Trois définitions de l'allaitement ont été retenues pour la présente étude. **L'allaitement total** regroupe l'ensemble des enfants qui ont été allaités, qu'ils aient reçu ou non d'autres formes de liquides ou de solides en complément à leur alimentation. **L'allaitement exclusif avec ou sans solides** est utilisé pour décrire les enfants qui ont été allaités sans avoir reçu de préparations lactées ni de lait de vache, mais qui pourraient avoir reçu d'autres liquides (eau, jus) et des aliments solides en complément à leur alimentation. Pour sa part, **l'allaitement exclusif** ne retient que les cas où aucun autre liquide ni aucun aliment solide n'a été donné à l'enfant[8]. Ces trois définitions permettent de distinguer des pratiques différentes chez les mères québécoises, soit celles qui allaitent sans se soucier de l'exclusivité, celles qui allaitent en prenant garde de ne pas donner de substitut au lait maternel, tout en ajoutant d'autres liquides et solides, et celles qui donnent exclusivement du lait maternel au nourrisson.

8. L'Unicef recommande d'exclure à la fois l'eau et l'usage des tétines dans le cadre de l'allaitement exclusif. De plus, le groupe de travail mixte composé de la Société canadienne de pédiatrie, de Santé Canada et des diététistes du Canada (1998) conseille aux mères qui ne veulent pas compromettre leur lactation d'éviter de donner un biberon complémentaire contenant un substitut de lait maternel ou de l'eau, ou des suces (sucettes), durant les 2 à 4 premières semaines. Les données concernant l'usage de suces n'étaient pas disponibles au moment de la production du présent rapport.

Selon les résultats de l'enquête, près des trois quarts (72 %) des nourrissons québécois ont été nourris au sein à la naissance (figure 2.1). Cette proportion se rapproche des *Priorités nationales de santé publique de 1997 à 2002* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997) qui visent à ce que l'allaitement maternel à l'hôpital atteigne 80 %. Ces résultats concordent également avec ceux de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ) selon laquelle 75 % des enfants canadiens âgés de moins de 2 ans en 1996 ont été allaités au moins un certain temps (Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996). Le second rapport sur la santé de la population canadienne souligne pour sa part qu'il n'y a pas de données internationales permettant d'établir des comparaisons avec les habitudes des Canadiennes en matière d'allaitement maternel (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999).

Figure 2.1
**Prévalence et durée de l'allaitement maternel, 1998**



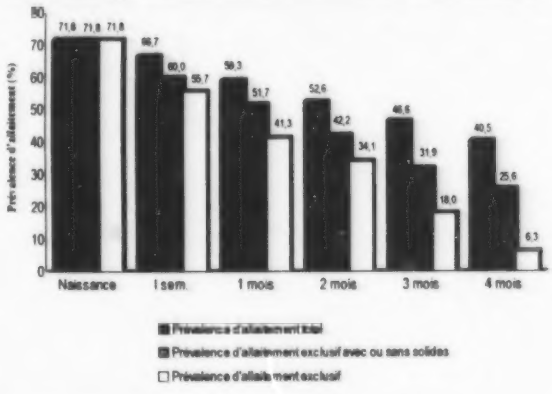

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Soulignons que 28 % des nourrissons québécois n'ont pas été allaités, 5 % ont été allaités moins d'une semaine, 7 % d'une semaine à moins d'un mois, 19 % d'un mois à moins de quatre mois et 41 % pendant au moins quatre mois. Au moment de l'enquête, un peu plus du tiers (34 %) des nourrissons québécois, alors âgés en moyenne de 5 mois, étaient encore allaités et la moitié d'entre eux ne buvaient aucun autre lait de remplacement, ce qui représente 17 % de l'ensemble des enfants québécois de cet âge (données non présentées).

La figure 2.2 illustre la prévalence d'allaitement à différents âges (à la naissance, à 1 semaine, à 1 mois, à 2 mois, à 3 mois et à

4 mois), selon les types d'allaitement étudiés. Bien que 41 % des nourrissons québécois aient été nourris au sein pendant au moins 4 mois, seulement 6 % l'ont été de façon exclusive pour la même période, alors que les recommandations de la Société canadienne de pédiatrie et autres (1998) préconisent l'allaitement exclusif pendant, au moins, les 4 premiers mois de la vie de l'enfant[9].

Figure 2.2
**Prévalence d'allaitement total, exclusif avec ou sans solides et exclusif, à différents âges, 1998**




Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

On constate également un écart important entre l'objectif des *Priorités nationales de santé publique de 1997 à 2002* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997) à l'âge de 3 mois, soit une prévalence d'allaitement de 60 %, et les résultats de la présente étude, soit une prévalence d'allaitement total à l'âge de 3 mois de 47 %. Il n'est pas possible de se prononcer sur l'objectif d'une prévalence d'allaitement de 30 % au sixième mois de la vie de l'enfant puisque seulement 3,4 % des nourrissons avaient atteint l'âge de 6 mois au moment de l'enquête (52 % avaient entre 4 et 5 mois et 45 % avaient 5 mois). La prévalence de l'allaitement à 6 mois sera mesurée de façon rétrospective dans le second volet de l'enquête.

La figure 2.2 indique de plus que dès la première semaine suivant la naissance du bébé, la prévalence d'allaitement total chute de 5 % (soit de 72 % à 67 %), alors que celle de l'allaitement exclusif diminue de 16 % (soit de 72 % à 56 %). Ainsi, il est important d'apporter un bon soutien aux mères dès le départ, pour prolonger la durée de l'allaitement. Par ailleurs, cet écart entre l'allaitement total et l'allaitement exclusif augmente graduellement au fil des mois. Il en va de même de l'écart entre l'allaitement exclusif avec ou sans solides et l'allaitement exclusif, écart qui s'accentue à partir de 3 mois, ce qui correspond à l'âge moyen auquel les nourrissons commencent à manger des aliments solides (voir plus loin dans le texte).

Lorsque les bébés reçoivent un complément ou un substitut à l'allaitement maternel, il s'agit généralement (dans 99 % des cas) de préparations lactées qui sont, dans 69 % des cas, enrichies de fer. Ajoutons que 10 % des nourrissons avaient déjà reçu du lait de vache vers l'âge de 5 mois (7 % des bébés allaités et 18 % des bébés non allaités; $p < 0,001$; données non présentées), bien que cela ne soit pas recommandé avant l'âge de 9 mois (Société canadienne de pédiatrie et autres, 1998).

## 2.2 Certains facteurs associés à l'allaitement

Le volet 1998 de l'ÉLDEQ permet d'identifier différents facteurs reliés à la prévalence et à la durée de l'allaitement maternel chez les nourrissons québécois. Les analyses effectuées ont porté principalement sur la relation entre certaines variables reliées à la mère ou à l'enfant et l'alimentation du nourrisson, puis sur la relation entre diverses variables reflétant le milieu de vie et les conditions sociales de la famille et l'alimentation du nourrisson. Les relations statistiquement significatives observées entre les variables étudiées et les trois types d'allaitement du nourrisson (total, exclusif avec ou sans solides et exclusif) sont généralement similaires pour l'ensemble des âges étudiés. Pour cette raison, nous ne traiterons dans ce texte que de l'allaitement total, tout en soulignant les éléments d'intérêt pour les deux autres types d'allaitement lorsque les résultats le justifient.

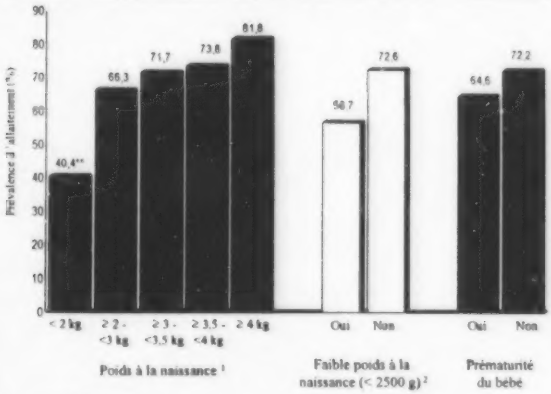
### 2.2.1 Les conditions de naissance et les caractéristiques du nourrisson

Certaines conditions de naissance de l'enfant influencent la prévalence d'allaitement, comme l'illustre la figure 2.3.

9. Il convient de souligner que l'inclusion de l'eau aurait produit des prévalences d'allaitement exclusif plus élevées, soit 59 % à 1 semaine, 50 % à 1 mois, 40 % à 2 mois, 24 % à 3 mois et 9 % à 4 mois. En effet, 45 % des nourrissons avaient reçu de l'eau à l'âge de 1 mois, 65 % à 2 mois, 82 % à 3 mois et 94 % à 4 mois.

Figure 2.3

**Prévalence d'allaitement à la naissance, selon certaines conditions de naissance de l'enfant, 1998**




1. $p < 0,001$.
2. $p < 0,05$.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ, 1998-2002*.

Il semble que plus le poids de l'enfant à la naissance est élevé, plus la prévalence de l'allaitement s'accroît[10]. Entre autres, elle passe du simple (40 %) au double (82 %) pour les bébés pesant moins de 2 kg à la naissance comparativement à ceux pesant 4 kg ou plus. Il est possible que les mères, conscientes de l'importance d'une saine alimentation pendant la grossesse, ce qui aurait favorisé un meilleur gain de poids *in utero*, choisissent d'allaiter leur nourrisson en plus grand nombre. Parallèlement, les bébés pesant moins de 2 500 grammes à la naissance (4,3 % des nourrissons) sont moins susceptibles d'être allaités à la naissance comparativement aux bébés de 2 500 grammes ou plus (57 % c. 73 %). Le poids à la naissance n'influence toutefois pas la durée de l'allaitement (données non présentées). De même, la prématurité (6 % des nourrissons) n'est pas associée à l'allaitement dans cette enquête (figure 2.3).

Par ailleurs, on constate une association négative entre le gain de poids depuis la naissance et l'allaitement (tableau 2.1). Un ratio de poids actuel/poids à la naissance plus faible indique un gain de poids plus faible depuis la naissance. Ainsi, 36 % des nourrissons allaités à 4 mois ont un ratio de gain de poids inférieur à 2 et 16 % ont un ratio égal ou supérieur à 2,5 au moment de l'enquête. En comparaison, 28 % des bébés non allaités à 4 mois présentent un ratio inférieur à 2 tandis que pour 21 % d'entre eux, il est égal ou supérieur à 2,5.

Tableau 2.1

**Ratio de poids actuel/poids à la naissance, selon que les bébés ont été allaités ou non à différents âges, 1998**

| | Ratio | | | Total | $\chi^2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| | moins de 2 | 2 à moins de 2,5 | 2,5 et plus | | |
| | % | | | | |
| Allaités à la naissance | 33,9 | 48,5 | 17,6 | **100,0** | $p < 0,001$ |
| Non allaités à la naissance | 24,7 | 51,7 | 23,6 | **100,0** | |
| Allaités à 1 mois | 34,8 | 48,0 | 17,2 | **100,0** | $p < 0,001$ |
| Non allaités à 1 mois | 26,2 | 51,5 | 22,3 | **100,0** | |
| Allaités à 2 mois | 34,8 | 48,4 | 16,8 | **100,0** | $p < 0,01$ |
| Non allaités à 2 mois | 27,5 | 50,5 | 21,9 | **100,0** | |
| Allaités à 3 mois | 35,3 | 48,6 | 16,1 | **100,0** | $p < 0,01$ |
| Non allaités à 3 mois | 28,5 | 50,0 | 21,6 | **100,0** | |
| Allaités à 4 mois | 35,8 | 48,0 | 16,2 | **100,0** | $p < 0,01$ |
| Non allaités à 4 mois | 28,3 | 50,4 | 21,4 | **100,0** | |

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

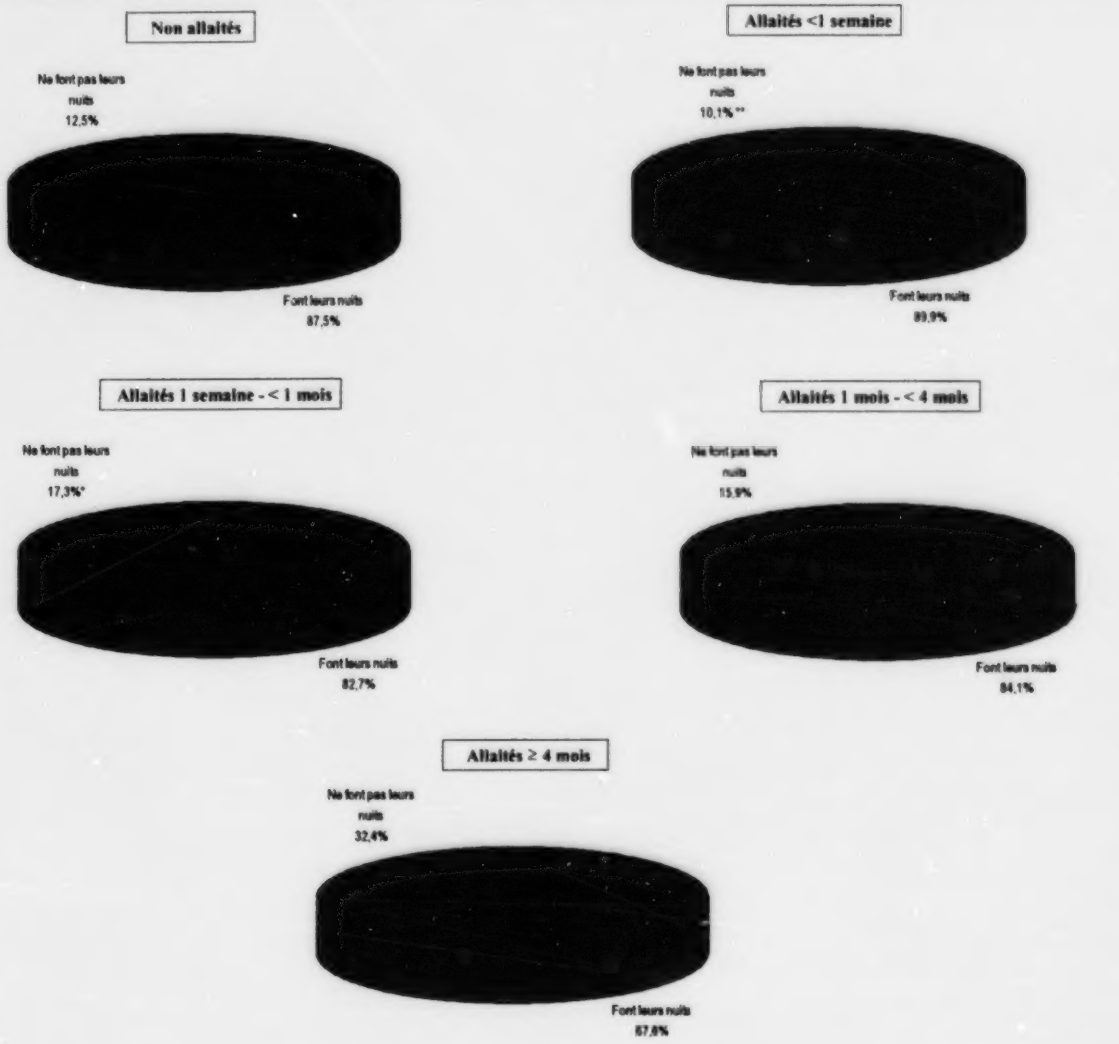
Cette association entre l'allaitement et le gain de poids des enfants a été observée dans différents pays développés (Dewey et autres, 1992; Oski, 1993; Yoneyama et autres, 1994). Il n'est toutefois pas possible de déterminer l'impact d'une croissance plus lente chez les bébés allaités, comparativement au modèle de développement observé chez les bébés nourris aux formules lactées pour nourrissons (Grummer-Strawn, 1993; Oski, 1994). Il a néanmoins été suggéré de revoir les courbes de croissance utilisées par les médecins, en fonction du développement physique des enfants allaités, afin d'éviter d'interpréter ces résultats comme étant un retard de croissance chez ces derniers (Dewey et autres, 1992 ; Oski, 1993; Yoneyama et autres, 1994). Le volet longitudinal de l'ÉLDEQ permettra éventuellement d'approfondir l'étude de l'interrelation entre l'allaitement, le gain de poids du bébé et divers aspects de son développement futur.

La figure 2.4 révèle pour sa part que l'allaitement, et en particulier la durée d'allaitement, est associée au fait de faire ou non ses nuits vers l'âge de 5 mois. Ainsi, 13 % des bébés n'ayant pas été allaités ne font pas leurs nuits vers l'âge de 5 mois, alors que cette

10. Cette relation est aussi vraie pour les deux types d'allaitement exclusif et pour chaque âge étudié, sauf pour l'allaitement exclusif à 3 mois et à 4 mois.

proportion est de 32 % pour les bébés allaités pendant 4 mois ou plus. La même relation est observée pour l'ensemble des types d'allaitement étudiés ($p < 0,001$) (données non présentées). Quillin (1997) rapporte aussi des périodes plus courtes de sommeil la nuit, pour les bébés allaités, comparativement à ceux non allaités. Il n'est pas possible de déterminer si l'allaitement influence le modèle de sommeil des enfants ou si ce sont les modèles de sommeil qui influencent la durée de l'allaitement. Toutefois, des études indiquent que certaines techniques peuvent aider les mères qui allaitent à prolonger la période de sommeil de leur bébé pendant la nuit (Pinilla et Birch, 1993).

Figure 2.4
**Proportion des bébés qui font leurs nuits ou non vers l'âge de 5 mois, selon la durée d'allaitement total, 1998**




$p < 0,001$.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

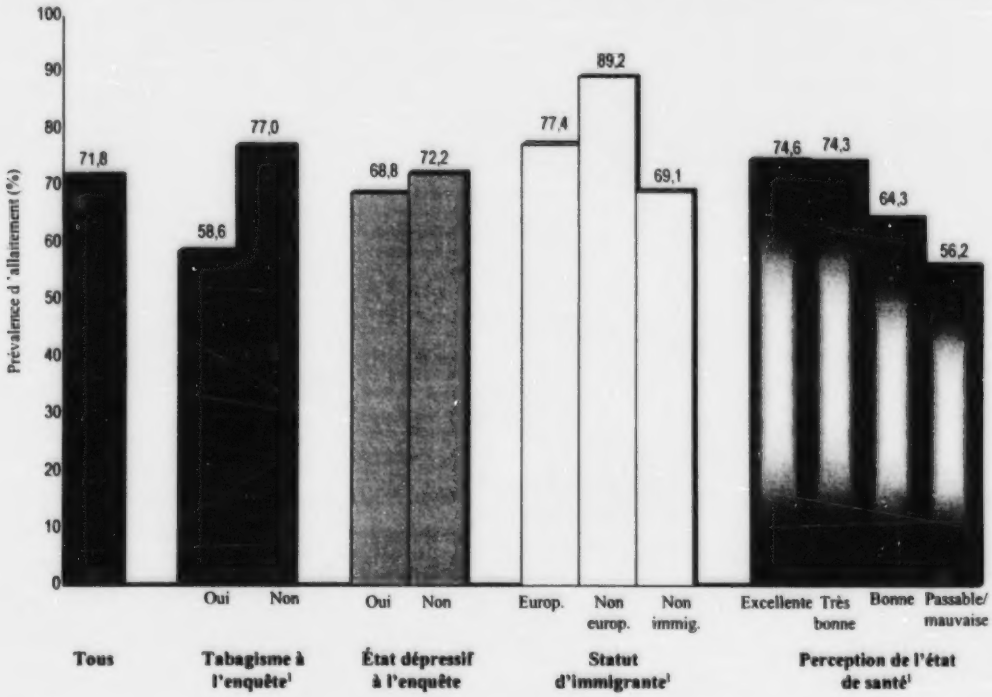
Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

### 2.2.2 Les caractéristiques de la mère

Diverses caractéristiques de la mère sont associées à l'allaitement, comme l'illustrent les figures 2.5 et 2.6.

On y observe que la prévalence d'allaitement à la naissance et à 4 mois est liée positivement à un meilleur état de santé perçu de la mère. Cela est vrai pour tous les types d'allaitement, à tous les âges ($p < 0,05$), sauf pour l'allaitement exclusif à 4 mois (données non présentées). Le fait d'être immigrante non européenne plutôt qu'immigrante européenne ou non immigrante s'avère également associé à une prévalence plus élevée d'allaitement à la naissance (89 % c. 77 % et 69 %) alors qu'à 4 mois, seules les mères nées au Canada se distinguent des autres par leur propension nettement plus faible à allaiter leur bébé (37 % c. 56 % ou plus) (figures 2.5 et 2.6). Soulignons, toutefois, que les effectifs sur lesquels repose la présente étude ne permettent pas de distinguer les comportements et les attitudes reliés à l'allaitement en fonction de la grande diversité des communautés culturelles qui habitent le Québec.

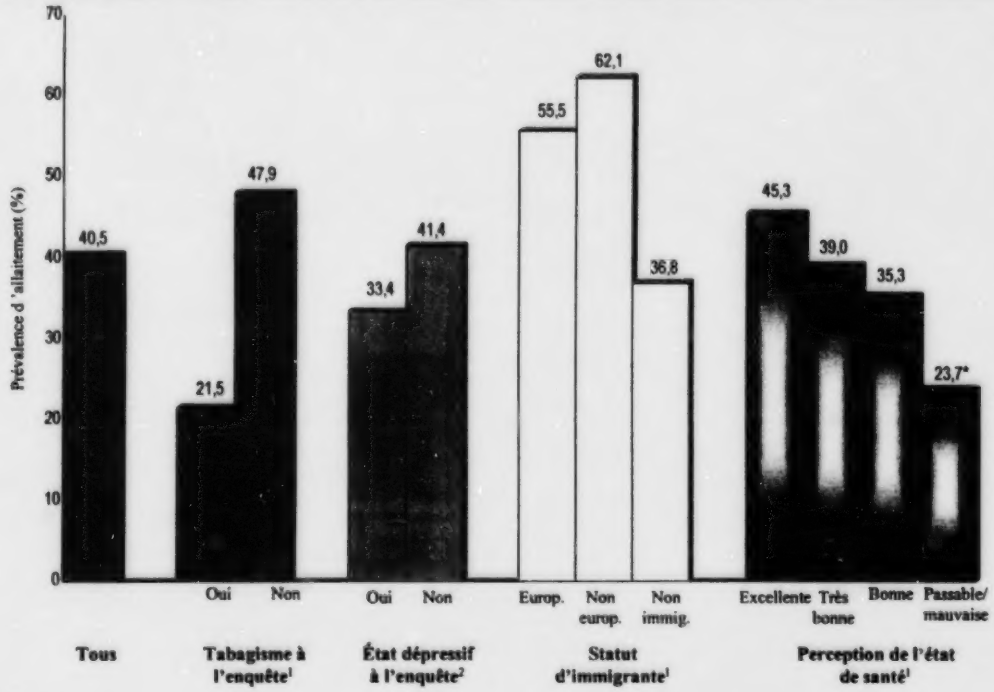
Figure 2.5
**Prévalence d'allaitement à la naissance, selon certaines caractéristiques de la mère, 1998**




1. $p < 0,001$

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Figure 2.6
**Prévalence d'allaitement total à 4 mois, selon certaines caractéristiques de la mère, 1998**




1. $p < 0,001$.
2. $p < 0,05$.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

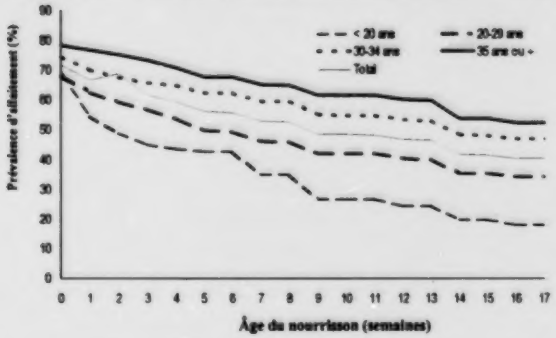
Par ailleurs, il semble qu'un état dépressif au moment de l'enquête[11] ne soit pas associé à la prévalence d'allaitement à la naissance, mais qu'il soit inversement lié à la prévalence d'allaitement à 4 mois. Il en va de même pour l'allaitement total à 2 mois et à 3 mois ($p < 0,05$), ainsi que pour l'allaitement exclusif à 1 semaine, à 1 mois et à 2 mois ($p < 0,01$) (données non présentées). Pour sa part, le tabagisme chez la mère au moment de l'enquête est associé à une prévalence plus faible d'allaitement (figures 2.5 et 2.6). Il en va de même pour tous les âges étudiés et pour tous les types d'allaitement ($p < 0,001$) (données non présentées). Les mêmes relations s'observent également pour les mères fumeuses en cours de grossesse (données non présentées). Or, l'enquête révèle des proportions similaires de mères fumeuses et non fumeuses pendant la grossesse (25 % c. 75 %) et au moment de l'enquête (28 % c. 72 %). On peut penser qu'il s'agit en majorité des mêmes mères et qu'elles fumaient aussi pendant les premiers mois de la vie du bébé. Ainsi, 58 % des mères qui ont fumé durant leur grossesse ont allaité leur bébé à la naissance comparativement à 77 % des mères non fumeuses (données non présentées).

La figure 2.7 illustre la relation positive entre l'âge de la mère et la prévalence d'allaitement total à différents âges (en semaines) du nourrisson. Comme le rapporte *l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999), on remarque que l'écart semble se creuser au fil des semaines quant à la prévalence d'allaitement entre les mères âgées de moins de 20 ans et les

11. Variable définie à partir des résultats obtenus à la version abrégée de l'Échelle de dépression CES-D utilisée dans la présente étude. Un résultat de 13 ou plus à cette échelle indique que la mère manifeste un état dépressif modéré ou grave (pour plus de détails, voir le numéro 12 de la présente collection).

autres mères. Le même genre de relation s'observe pour chaque type d'allaitement étudié (données non présentées).

Figure 2.7
**Prévalence d'allaitement total à différents âges, selon le groupe d'âge de la mère au moment de l'enquête, 1998[1]**

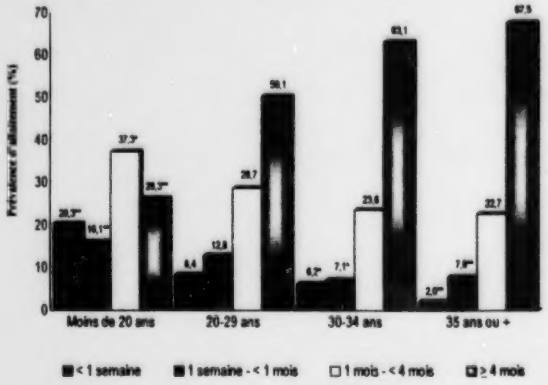



1. Les courbes ont été interrompues à 17 semaines (environ 4 mois), soit à l'âge atteint par les nourrissons les plus jeunes.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

En complément aux données précédentes, la figure 2.8 présente la relation entre l'âge de la mère et la durée de l'allaitement pour les enfants ayant déjà été allaités ou continuant de l'être. Elle permet de constater que les nourrissons de mères plus jeunes sont moins nombreux que les nourrissons des mères des autres groupes d'âge à être allaités pendant 4 mois ou plus. Ainsi, il est important d'offrir un bon soutien aux jeunes mères qui choisissent d'allaiter, celles-ci ayant tendance à abandonner plus tôt que les mères plus âgées. Cette relation tend à être graduelle d'une catégorie d'âge à l'autre. Mentionnons que les différences dans la durée d'allaitement entre les mères plus jeunes (moins de 30 ans) et celles plus âgées (30 ans et plus) semblent s'accentuer lorsque le nourrisson passe de l'âge de 2 mois à l'âge de 3 mois (données non présentées).

Figure 2.8
**Durée d'allaitement total, selon le groupe d'âge de la mère au moment du l'enquête, 1998[1]**

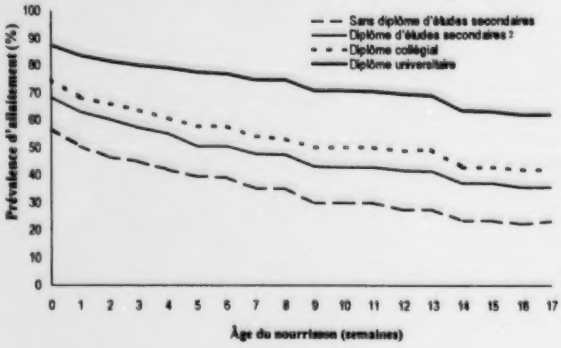



1. $p < 0{,}001$.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

De même, la scolarité de la mère est positivement associée aux prévalences d'allaitement total à différents âges (figure 2.9).

Figure 2.9
**Prévalence d'allaitement total à différents âges, selon le niveau de scolarité de la mère au moment de l'enquête, 1998[1]**



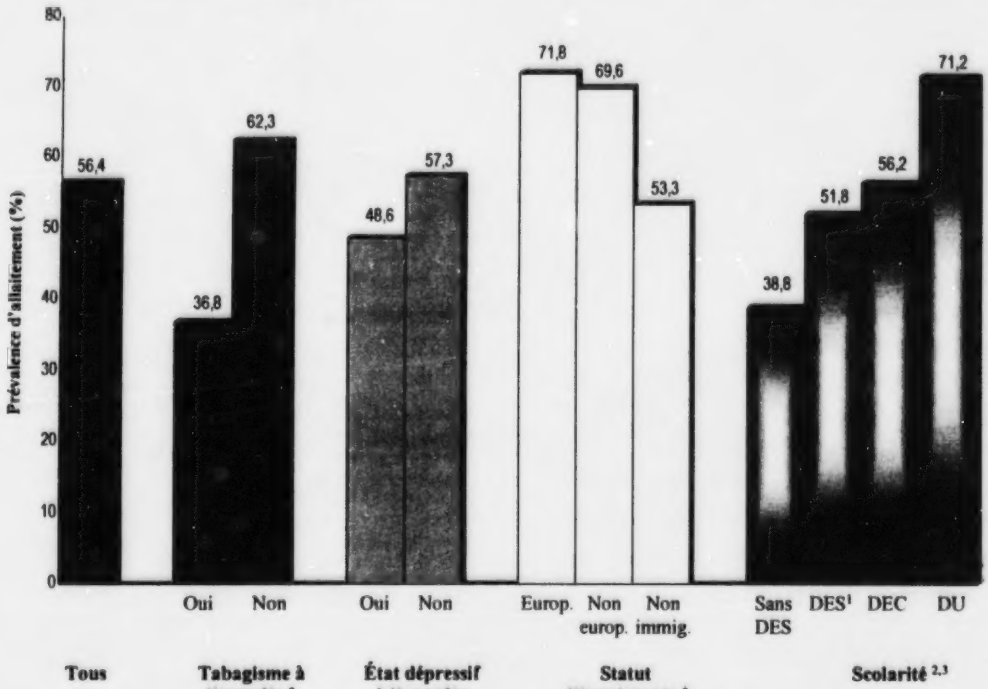

1. Les courbes ont été interrompues à 17 semaines (environ 4 mois), soit à l'âge atteint par les nourrissons les plus jeunes.
2. Comprend les mères détenant un diplôme d'études professionnelles ou d'une école de commerce.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Les bébés de mères possédant un diplôme universitaire sont environ deux fois plus nombreux vers l'âge de 1 mois (79 % c. 42 %), et presque trois fois plus nombreux vers l'âge de 3 mois (64 % c. 23 %) ou de 4 mois (62 % c. 22 %), à bénéficier de l'allaitement, comparativement aux bébés dont la mère n'a pas de diplôme d'études secondaires ($p < 0,001$). Cette relation ne touche pas seulement les mères peu instruites, puisqu'elle semble être graduelle d'un niveau de scolarité à l'autre. Il demeure ainsi pertinent de cibler l'ensemble des mères dans les interventions visant à promouvoir l'allaitement.

Finalement, soulignons que les enfants allaités sont plus susceptibles de l'avoir été pendant 4 mois ou plus si leur mère est non fumeuse ou non dépressive au moment de l'enquête, si elle est plus instruite ou si elle est immigrante européenne ou non européenne plutôt que non immigrante (figure 2.10). Par contre, l'état de santé perçu de la mère n'est pas associé à la durée de l'allaitement (données non présentées).

Figure 2.10
**Durée d'allaitement total de 4 mois et plus selon certaines caractéristiques de la mère, 1998**



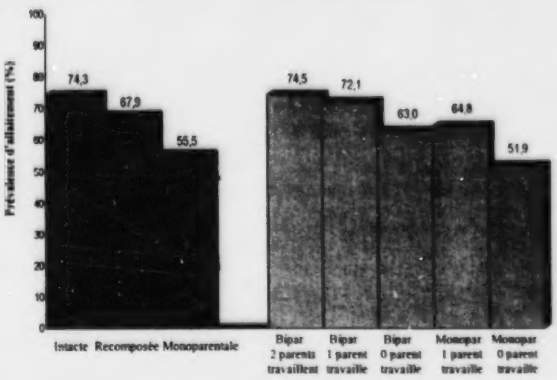

1. Comprends les mères détenant un diplômes d'études professionnelles ou d'une école de commerce.
2. $p < 0,001$.
3. DES Diplôme d'études secondaires
   DEC Diplôme d'études collégiales
   DU Diplôme universitaire.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

### 2.2.3 Le milieu de vie et les conditions sociales de la famille

Le rang de l'enfant à la naissance et le type de famille sont deux caractéristiques associées au mode d'alimentation choisi pour l'enfant. Il semble qu'un premier enfant soit plus susceptible d'être allaité à la naissance (75 %) comparativement à des enfants cadets (69 %) ($p < 0,01$) (données non présentées). La durée de l'allaitement, par contre, n'est pas associée au rang du bébé à la naissance (données non présentées). La figure 2.11 illustre pour sa part l'association entre le type de famille et la prévalence d'allaitement à la naissance. Ainsi, une plus grande proportion d'enfants vivant dans une famille biparentale, intacte ou recomposée, ont été allaités comparativement à ceux vivant dans une famille monoparentale (74 % et 68 % c. 56 %). Cette relation pourrait traduire en partie l'effet du revenu puisque les prévalences d'allaitement semblent être plus élevées pour les enfants dont les parents ont travaillé durant l'année précédant l'enquête, comparativement aux enfants de parents sans emploi, peu importe que la famille soit biparentale ou monoparentale. Par contre, les différences de taux d'allaitement à la naissance observées entre les familles monoparentales et les familles biparentales pour un même statut d'emploi des parents (soit 52 % c. 63 % lorsqu'aucun parent ne travaille et 65 % c. 72 % lorsqu'un seul parent travaille) ne s'avèrent pas significatives sur le plan statistique[12].

Figure 2.11
**Prévalence d'allaitement à la naissance selon le type de famille et selon le nombre de parents qui ont travaillé à un moment quelconque au cours des 12 derniers mois, 1998[1]**

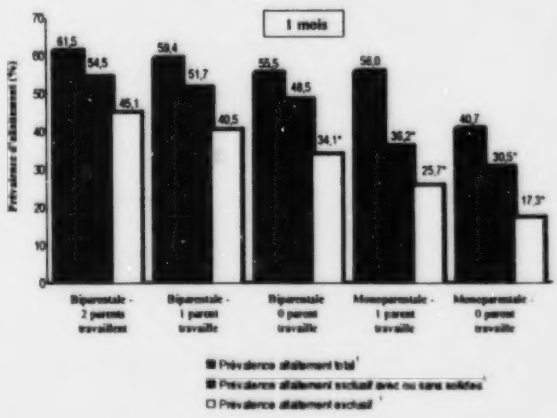



1. $p < 0,001$.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

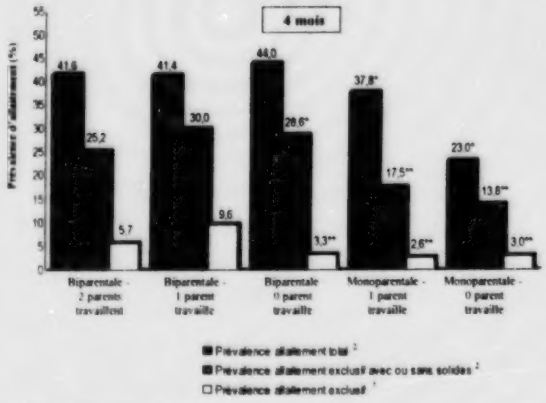
La figure 2.12 illustre la relation entre les prévalences d'allaitement total, exclusif avec ou sans solides et exclusif, d'abord à 1 mois, puis à 4 mois, selon le type de famille et le nombre de parents qui ont travaillé au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Figure 2.12
**Prévalence d'allaitement total, exclusif avec ou sans solides et exclusif, à 1 mois et à 4 mois, selon le type de famille et le nombre de parents qui ont travaillé à un moment quelconque au cours des 12 derniers mois, 1998**




*suite à la page suivante...*

12. Soulignons toutefois que les petits effectifs présents dans les catégories des familles biparentales sans parent qui travaille (4 % de l'ensemble des nourrissons), monoparentale avec un parent qui travaille (3 %) et monoparentale sans parent qui travaille (6 %), pourraient influencer la mesure de la relation entre les variables examinées.




1. $p < 0,001$.
2. $p < 0,01$.
3. $p < 0,05$.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

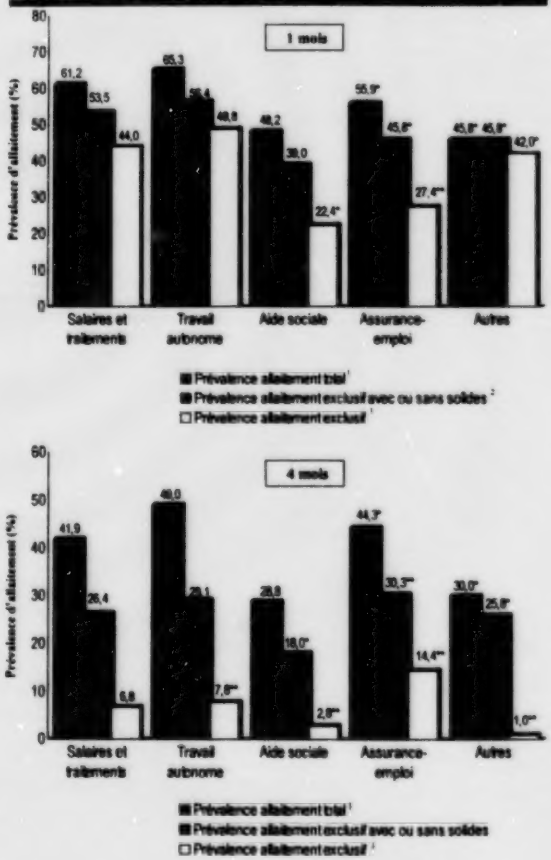
Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

On y remarque que, même si la prévalence d'allaitement total pour les enfants d'un foyer monoparental dont le parent a travaillé durant l'année précédant l'enquête (56 % à 1 mois et 38 % à 4 mois) est près de celle des enfants de foyer biparental dont un seul parent a travaillé (59 % à 1 mois et 41 % à 4 mois), il est plus bas pour l'allaitement exclusif (26 % c. 41 % à 1 mois et 3 % c. 10 % à 4 mois). Cette relation pourrait rendre compte de l'importance du soutien du conjoint dans l'allaitement exclusif. De plus, les prévalences observées pour l'allaitement exclusif à 4 mois sont plus basses dans les foyers biparentaux à double revenu que dans ceux dont un seul parent a travaillé au cours des 12 mois précédant l'enquête (6 % c. 10 %, $p < 0,01$). Cette tendance pourrait refléter la difficulté de poursuivre l'allaitement exclusif pour les mères qui sont déjà retournées ou qui prévoient retourner au travail à la suite d'une interruption de travail. Les données du volet 1998 de l'ÉLDEQ révèlent en fait que les prévalences d'allaitement à 4 mois (total, exclusif avec ou sans solides ou exclusif) sont nettement plus faibles chez les mères qui travaillaient au moment de l'enquête, c'est-à-dire alors que le nourrisson était âgé d'environ 5 mois (données non présentées). Les renseignements recueillis dans le cadre des volets ultérieurs de l'ÉLDEQ permettront d'examiner davantage, de façon rétrospective, le lien entre l'allaitement et le travail des mères.

La figure 2.13 illustre la relation entre la principale source de revenu du ménage et les prévalences des différents types d'allaitement à 1 mois et à 4 mois. Par exemple, les prévalences d'allaitement total à 1 mois et à 4 mois sont plus basses dans les familles vivant de l'aide sociale (12 % des familles) ou pour celles bénéficiant d'une source de revenu « autres », que pour les familles recevant principalement un salaire ou un revenu de travail autonome.

Figure 2.13

**Prévalence d'allaitement total, exclusif avec ou sans solides et exclusif, à 1 mois et à 4 mois, selon la principale source de revenu du ménage, 1998**




1. $p < 0,001$.
2. $p < 0,01$.
3. $p < 0,05$.

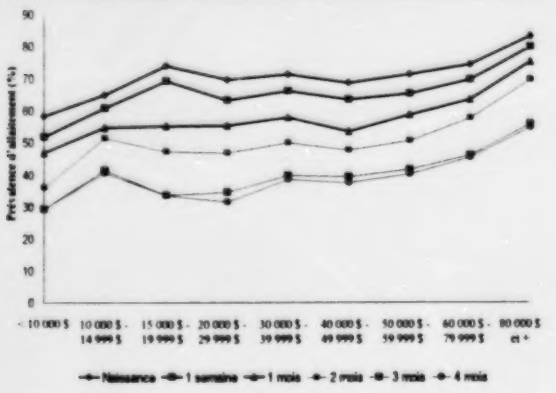
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Ces éléments sont à mettre en relation avec le statut socioéconomique de la famille. La figure 2.14 illustre la relation positive qui existe entre le revenu annuel du ménage et la prévalence d'allaitement total aux différents âges étudiés. Par exemple, la prévalence d'allaitement à la naissance est très basse pour la catégorie de revenu la plus faible (< 10 000 $), mais augmente lorsque le revenu se situe entre 10 000 $ et moins de 20 000 $ pour redescendre dans les catégories de revenus suivantes (entre 20 000 $ et 50 000 $). À première vue, de tels résultats laissent supposer un effet positif des programmes gouvernementaux chez les mères de milieux défavorisés, lesquels programmes pourraient avoir une moins grande influence sur les plus démunies (revenu de moins de 10 000 $).

Figure 2.14
**Prévalence d'allaitement total à différents âges, selon le revenu annuel du ménage, 1998[1]**




1. p < 0,001.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

En 1998, 13 % des mères ont déclaré avoir reçu une aide financière du gouvernement pour l'alimentation de leur enfant, dans le but de favoriser l'allaitement ou, à défaut, pour l'achat de préparations lactées (données non présentées). Malgré ces programmes, les prévalences d'allaitement pour les enfants de ces milieux ne semblent pas rejoindre celles des enfants de milieux plus favorisés. En effet, les données de l'ÉLDEQ révèlent qu'une moins grande proportion d'enfants nés de familles recevant ces allocations du gouvernement ont été allaités à la naissance (63 %), comparativement à l'ensemble des enfants nés dans des familles qui n'en reçoivent pas (73 %) et qui sont de ce fait généralement mieux nanties (p < 0,01) (données non présentées). La prévalence d'allaitement total à différents âges est aussi négativement associée à l'insuffisance de revenu (p < 0,05) (données non présentées), qui touche 28 % des bébés québécois (voir le numéro 2 de la présente collection). La durée de l'allaitement chez les enfants allaités ne semble toutefois pas être associée à la suffisance de revenu, ni au fait de recevoir ou non des allocations du gouvernement (données non présentées).

En complément aux informations précédentes, soulignons qu'un niveau de scolarité moins élevé de la mère est aussi associé à une plus forte utilisation de lait de vache depuis la naissance. En effet, que ce soit pour remplacer ou compléter l'allaitement maternel, l'usage du lait de vache est une pratique beaucoup plus courante chez les groupes moins scolarisés (22 % des mères sans diplôme d'études secondaires, 11 % de celles ayant complété un diplôme d'études secondaires, 6 % de celles qui ont terminé des études de niveau collégial et 2,1 %[13] des mères possédant un diplôme universitaire) (p < 0,001) (données non présentées). S'il est vrai que l'usage du lait de vache peut être lié au manque de connaissances, il s'avère aussi étroitement lié au revenu puisque 18 % des bébés de foyers vivant sous le seuil de faible revenu avaient déjà reçu du lait de vache vers l'âge de 5 mois, comparativement à 8 % des bébés de foyers où le revenu est suffisant (p < 0,001) (données non présentées). Ces résultats confirment l'importance des programmes gouvernementaux qui fournissent, au-delà de la simple diffusion d'information aux mères, des coupons pour l'achat de formules lactées. Mentionnons par ailleurs qu'il existe une différence significative entre les mères non fumeuses et fumeuses au moment de l'enquête, quant à l'utilisation du lait de vache (7 % c. 18 %) (p < 0,001) (données non présentées).

## 2.3 La prise de décision entourant l'allaitement

### 2.3.1 Le moment de la prise de décision : un atout pour l'intervention

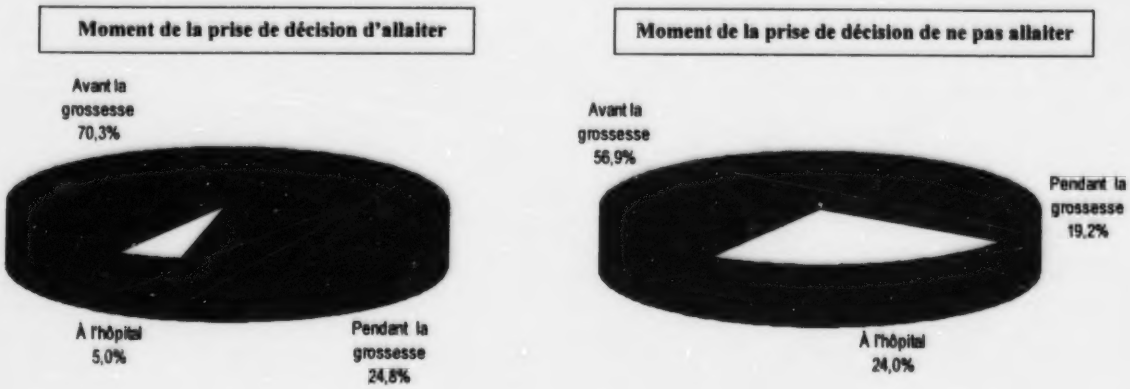
Les interventions en santé publique visant à augmenter la prévalence de l'allaitement dans une population peuvent bénéficier d'une meilleure compréhension des éléments entourant la prise de décision d'allaiter. La majorité des mères québécoises qui choisissent d'allaiter leur enfant prennent cette décision avant le

13. Ce pourcentage et celui qui précède (6 %) doivent être considérés à titre indicatif seulement (coefficient de variation associé à l'estimation supérieur à 25 %).

début de la grossesse (figure 2.15). En effet, parmi l'ensemble des mères ayant choisi l'allaitement, 70 % avaient fait ce choix avant la grossesse, 25 % avaient pris cette décision pendant la grossesse et seulement 5 % à l'hôpital, avant ou après la naissance. Les campagnes de promotion de l'allaitement ont ainsi avantage à être réalisées principalement auprès des femmes en âge d'avoir des bébés, de façon générale, sans attendre la période de la grossesse proprement dite. Cela est d'autant plus important que le moment de la prise de décision est associé à la durée de l'allaitement ($p < 0,001$). En effet, 61 % des mères qui ont pris la décision de nourrir leur bébé au sein avant la grossesse ont allaité durant au moins 4 mois. Cette situation est le fait d'environ une femme sur deux qui a choisi d'allaiter en cours de grossesse (45 %) ou à l'hôpital (50 %) (données non présentées). Encore une fois, ce résultat mériterait d'être pris en compte dans la planification des interventions visant à allonger la durée de l'allaitement.

À titre indicatif, le moment de la prise de décision d'allaiter semble varier en fonction de l'âge de la mère. Par exemple, 17 % des mères de moins de 20 ans prennent, à l'hôpital, la décision d'allaiter comparativement à 5 % ou moins des mères dans les autres groupes d'âge (figure 2.16). Ainsi, les interventions lors de l'accouchement, principalement pour les jeunes mamans, semblent pertinentes. De même, les mères de moins de 30 ans sont moins nombreuses que les mères plus âgées à avoir pris la décision d'allaiter avant la grossesse. Le moment de la prise de décision d'allaiter est aussi lié au rang du bébé dans la famille, ce moment se situant plus souvent avant la grossesse lorsqu'un aîné a tracé le chemin ($p < 0,001$) (données non présentées).

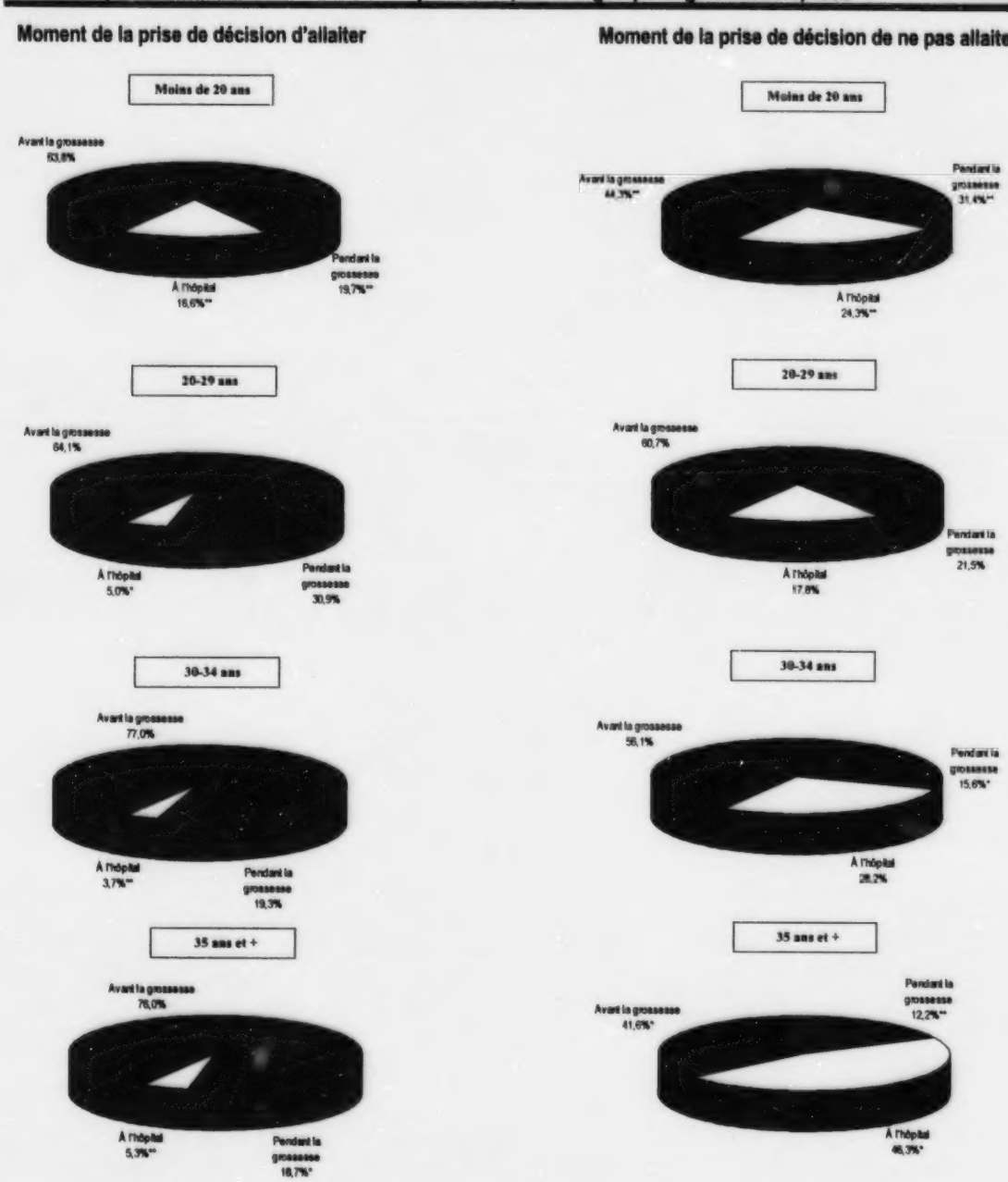
Figure 2.15
**Moment de prise de décision d'allaiter ou de ne pas allaiter, 1998**




Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Figure 2.16

**Moment de prise de décision d'allaiter ou de ne pas allaiter, selon le groupe d'âge de la mère, 1998[1]**




1. $p < 0,001$.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Pour sa part, la décision de nourrir le bébé exclusivement au biberon semble avoir été prise moins à l'avance par les mères (figure 2.15). En effet, 57 % des mères qui ont choisi de ne pas allaiter ont pris cette décision avant la grossesse, 19 % l'ont prise durant la grossesse et 24 % à l'hôpital, dans la grande majorité des cas, cependant (19 %), après la naissance du bébé (donnée non présentée à la figure 2.15). Cette prise de décision plus tardive pourrait être liée à certaines circonstances entourant la naissance de l'enfant. En effet, 47 %[14] des mères dont l'enfant pesait moins de 2 500 grammes à la naissance ont pris à l'hôpital la décision de ne pas allaiter, comparativement à 22 % chez celles dont le bébé était plus lourd ($p < 0,01$) (données non présentées). Soulignons, toujours à titre indicatif seulement, que les mères de 20 à 34 ans ayant choisi de ne pas allaiter semblent plus nombreuses à avoir pris leur décision avant la grossesse, comparativement aux mères de moins de 20 ans et aux mères de 35 ans et plus (figure 2.16). Parallèlement, le moment de la prise de décision de ne pas allaiter est associé au rang du bébé dans la famille, puisque la décision est plus fréquemment prise avant la grossesse lorsqu'il s'agit d'un deuxième enfant ou plus (66 % c. 42 % pour un premier enfant) ($p < 0,001$) (données non présentées). Dans ce cas, il serait important de s'assurer que la décision n'est pas due à une expérience décevante d'allaitement au premier enfant. À nouveau, ces résultats soulignent l'importance de mener des campagnes de promotion de l'allaitement auprès des mères avant la naissance du bébé et si possible avant la grossesse, ainsi que d'offrir le soutien nécessaire aux mères qui vivent certaines expériences rendant cette pratique plus difficile.

### 2.3.2 Choisir d'allaiter ou non : les raisons énoncées et l'influence de l'entourage

Différentes raisons motivent la prise de décision d'allaiter. La majorité (84 %) des mères ayant nourri leur enfant au sein disent avoir fait ce choix d'abord pour la santé de leur bébé. Les autres répondantes font valoir des éléments d'ordre psychosocial (12 %), notamment le renforcement du lien entre la mère et l'enfant, ou encore des raisons d'ordre économique ou pratique (3,9 %). Dans le cas des mères ayant choisi de ne pas allaiter, les données de la présente enquête révèlent que des questions d'ordre pratique, dans 40 % des cas, ont principalement motivé ce choix, notamment le manque de temps et la participation du conjoint pour nourrir le bébé. Des difficultés antérieures avec l'allaitement (10 %), des problèmes de santé ou de fatigue chez la mère (14 %) et le tabagisme chez la mère (4,4 %)[15] ont aussi été rapportés parmi un ensemble de raisons dites physiologiques ou de santé (42 %) justifiant le fait de ne pas allaiter. Seulement 18 % des mères ayant choisi de nourrir leur enfant au biberon ont indiqué avoir fait ce choix pour des raisons d'ordre psychosocial, notamment parce qu'elles disaient se sentir gênées d'allaiter (6 %)[16] (données non présentées).

Les mères ont aussi invoqué diverses raisons pour justifier l'arrêt de l'allaitement, en particulier des raisons d'ordre physiologique (78 %). Plus d'une fois sur deux, elles citent des difficultés survenues lors de l'allaitement, disant par exemple que « l'enfant ne veut pas téter au sein » ou parlant de « l'insuffisance de lait », de « la douleur aux seins », etc. Des raisons d'ordre pratique ont aussi été mentionnées (22 %), notamment le manque de temps (12 %) ainsi que le retour au travail ou aux études (7 %). Mentionnons que les mères qui arrêtent d'allaiter plus tôt ont tendance à le faire pour des raisons physiologiques plus que pour toute autre raison. C'est le cas de 91 % de celles qui ont allaité durant moins d'une semaine et de 92 % de celles qui ont allaité entre 7 et 29 jours inclusivement (données non présentées).

L'attitude de l'entourage envers l'allaitement maternel peut aussi influencer la prise de décision d'allaiter ou non (Sage Research Corporation, 1995; Séguin et autres, 1998). De façon générale, les mères de nourrissons québécois perçoivent, dans leur entourage, une attitude favorable envers l'allaitement maternel (tableau 2.2). Il semble que ce soit à leur mère qu'elles prêtent le moins souvent une attitude favorable (73 %) et le plus souvent une attitude défavorable (10 %) envers la question de l'allaitement. Par ailleurs, il convient de souligner que 83 % des mères québécoises dont le conjoint semble favorable à l'allaitement ont choisi d'allaiter et que 79 % de celles qui ont perçu que leur conjoint était défavorable à l'idée de l'allaitement n'ont effectivement pas allaité ($p < 0,001$) (données non présentées). L'attitude du conjoint est aussi associée au moment de la prise de décision d'allaiter ($p < 0,001$). En effet, la perception d'une attitude favorable plutôt

14. Le coefficient de variation associé à cette estimation se situe entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

15. Les pourcentages de 6 % et 4,4 % mentionnés dans ce paragraphe doivent être interprétés avec prudence étant donné les petits effectifs en présence (coefficient de variation entre 15 % et 25 %).

16. Coefficient entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence

que défavorable du conjoint semble favoriser une prise de décision avant la grossesse (72 % c. 48 % [Coefficient entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence]; $p < 0,01$) (données non présentées). De tels résultats rejoignent ceux d'autres études (Littman et autres, 1994). Freed et Fraley (1993) rapportent toutefois le fait que les mères qui souhaitent allaiter ont tendance à percevoir une attitude plus favorable chez leur conjoint, comparativement aux mères qui ne souhaitent pas allaiter.

L'attitude de l'entourage peut également influencer la durée d'allaitement (tableau 2.3). Parmi les mères ayant perçu une attitude très favorable ou favorable de la part de leur conjoint ou de leur mère, une plus grande proportion ont allaité pendant 4 mois ou plus, comparativement à celles qui ont perçu une attitude neutre ou allant de défavorable à très défavorable (de 58 % à 60 % c. de 26 % à 39 %).

Tableau 2.2
**Attitude de différents membres de l'entourage envers l'allaitement, telle qu'elle est perçue par la mère, 1998**

| | Perception de la mère de l'attitude envers l'allaitement | | |
|---|---|---|---|
| | Favorable et très favorable | Neutre | Défavorable et très défavorable |
| | % | | |
| Conjoint | 83,2 | 11,7 | 5,1 |
| Mère (de la mère) | 72,7 | 17,2 | 10,1 |
| Autres membres de la famille | 74,7 | 19,6 | 5,6 |
| Amis | 78,5 | 17,6 | 3,9 |
| Médecin (suivi de grossesse) | 84,2 | 15,1 | 0,7** |
| Infirmières (à l'hôpital) | 86,6 | 11,8 | 1,7* |

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Tableau 2.3
**Durée d'allaitement en fonction de l'attitude de différents membres de l'entourage envers l'allaitement, telle qu'elle est perçue par la mère, 1998**

| Membre de l'entourage | Perception de l'attitude envers l'allaitement | Durée d'allaitement | | p |
|---|---|---|---|---|
| | | < 1 semaine | ≥ 4 mois | |
| | | % | | |
| Conjoint | Très favorable et favorable | 5,9 | 58,1 | p < 0,001 |
| | Neutre | 26,8* | 26,3* | |
| | Défavorable et très défavorable | 22,4** | 36,2** | |
| Mère | Très favorable et favorable | 5,2 | 60,2 | p < 0,001 |
| | Neutre | 10,4** | 38,5 | |
| | Défavorable et très défavorable | 18,9* | 39,1 | |
| Autres membres de la famille | Très favorable et favorable | 5,9 | 59,6 | p < 0,001 |
| | Neutre | 11,6* | 43,7 | |
| | Défavorable et très défavorable | 14,1** | 31,9* | |

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

# 3. L'introduction des aliments solides

Jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois, le lait maternel ou, à défaut, les préparations lactées pour nourrissons sont considérés comme étant suffisants pour combler les besoins nutritionnels du jeune bébé. Ensuite, l'enfant est généralement prêt à recevoir d'autres aliments qui lui permettront de satisfaire des besoins croissants en énergie et en nutriments afin d'assurer son développement, d'où la recommandation d'introduire les aliments complémentaires entre le quatrième et le sixième mois de la vie du bébé (Société canadienne de pédiatrie et autres, 1998). Si les recommandations quant à l'âge d'introduction des aliments solides sont basées sur le développement physiologique de l'enfant, la séquence d'introduction des différents aliments varie toutefois selon les cultures et les modes d'éducation (Société canadienne de pédiatrie et autres, 1998). Il est recommandé de commencer par des aliments riches en fer afin de prévenir les carences (Société canadienne de pédiatrie et autres, 1998). Au Québec, il est suggéré de donner d'abord, vers l'âge de 4 à 5 mois, des céréales enrichies de fer. Après les céréales, viennent les légumes, puis les fruits, que l'on conseille d'introduire vers l'âge de 5 à 6 mois, suivis des jus de fruits, vers l'âge de 6 mois. En dernier lieu, les viandes et substituts, en raison de leur teneur élevée en protéines, devraient normalement être incorporés à l'alimentation des bébés à partir de l'âge de 6 mois pour ne pas surcharger les reins de l'enfant (Doré et Le Hénaff, 1997)[17]. Le tableau 3.1 résume les recommandations québécoises et l'âge moyen d'introduction des aliments complémentaires chez les nourrissons québécois.

Tableau 3.1
**Âge moyen des nourrissons au moment de l'introduction des différents types d'aliments solides, en comparaison avec les recommandations, 1998**

| Aliments | Âge moyen (mois) | Recommandations[1] (mois) |
|---|---|---|
| Céréales | 3[2] | 4-5 |
| Légumes | 3,8[3] | 5-6 |
| Fruits | 3,9[4] | 5-6 |
| Jus de fruits | 3,7[5] | 6 |
| Viande | 4,5[6] | 6 |

1. Selon Doré et Le Hénaff, 1997.
2. Concerne 92 % des nourrissons, soit ceux qui ont commencé à manger des céréales.
3. Concerne 72 % des nourrissons, soit ceux qui ont commencé à manger des légumes.
4. Concerne 57 % des nourrissons, soit ceux qui ont commencé à manger des fruits.
5. Concerne 26 % des nourrissons, soit ceux qui ont commencé à boire des jus de fruits.
6. Concerne 11 % des nourrissons, soit ceux qui ont commencé à manger de la viande.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Selon les données de l'ÉLDEQ, vers l'âge de 5 mois, 93 % des nourrissons ont commencé à consommer l'un ou l'autre des aliments solides (données non présentées). Pour ces enfants, l'âge moyen d'introduction du premier aliment solide, le plus souvent les céréales pour bébé, se situe à 3 mois. De façon plus précise, plus de neuf nourrissons sur dix (92 %) avaient commencé à manger des céréales pour bébés au moment de l'étude. L'âge moyen d'introduction de ces aliments s'élevait à 3,0 mois (âge d'introduction variant entre 6 jours et 6 mois). De la même façon, toujours au moment de l'étude, 72 % des nourrissons mangeaient des légumes et ce, en moyenne depuis l'âge de 3,8 mois (âge d'introduction variant entre 1 jour et 6 mois); 57 % des enfants avaient commencé à manger des fruits, depuis l'âge de 3,9 mois en moyenne (âge d'introduction variant entre 3 jours et 6 mois); 26 % des enfants buvaient des jus de fruits, en moyenne depuis l'âge de 3,7 mois (âge d'introduction variant entre 1 jour et 6 mois); et enfin un peu plus d'un nourrisson sur dix (11 %) avait commencé à consommer de la viande, à un âge moyen de 4,5 mois (âge d'introduction variant entre 4 semaines et 7 mois).

17. Ces recommandations particulières aux divers aliments guident les parents dans le passage aux aliments complémentaires et se retrouvent dans le livre *Mieux vivre avec son enfant* (Doré et Le Hénaff, 1997), remis gratuitement à toutes les mères qui donnent naissance à un bébé dans un centre hospitalier ou une maison des naissances au Québec.

Le tableau 3.2 indique la fréquence de ce qui pourrait être considéré comme une introduction hâtive des différents aliments complémentaires[18]. Or, chez plus de la moitié des nourrissons (58%), l'introduction des céréales a eu lieu avant l'âge recommandé de 4 mois. De la même manière, déjà avant l'âge de 4 mois, plus du quart (27 %) des nourrissons avaient commencé à consommer des légumes, 19 % consommaient des fruits, 11 % avaient commencé à boire des jus de fruits et 1,4 % mangeaient de la viande.

Tableau 3.2
**Fréquence d'introduction « hâtive » des différents types d'aliments solides, à différents âges des nourrissons, 1998**

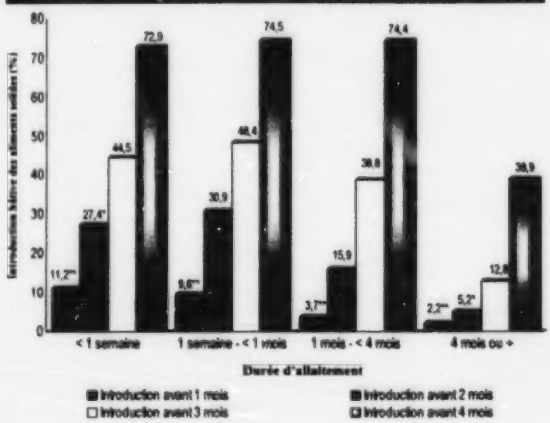
| | Âge (mois) | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | < 1 mois | ≥ 1 mois à < 2 mois | ≥ 2 mois à < 3 mois | ≥ 3 mois à < 4 mois | **Avant 4 mois** |
| | | | % | | |
| Céréales | 4,4 | 10,6 | 14,5 | 28,6 | **58,1** |
| Légumes | 0,7** | 1,5** | 6,0** | 18,3** | **26,5** |
| Fruits | 0,4** | 1,3** | 4,8** | 12,3** | **18,8** |
| Jus de fruits | 0,4** | 1,0** | 2,2** | 7,1** | **10,7** |
| Viandes | 0,2** | 0,1** | 0,3** | 0,8** | **1,4*** |

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

En somme, même si l'on recommande de nourrir exclusivement au sein les bébés jusqu'à l'âge minimum de 4 mois (Société canadienne de pédiatrie et autres, 1998), un pourcentage relativement élevé de parents québécois ne semblent pas suivre cette recommandation. En fait, 10 % des nourrissons allaités de façon exclusive avec ou sans solides à l'âge de 3 mois et 32 % de ceux qui le sont à l'âge de 4 mois ont commencé à manger des aliments solides à ces âges respectifs. L'introduction hâtive des aliments solides est une pratique néanmoins plus fréquente chez les enfants qui ne sont pas allaités. En effet, plus des trois quarts (78 %) des bébés nourris uniquement au biberon ont commencé à consommer l'un ou l'autre des aliments solides avant l'âge de 4 mois, alors qu'un peu plus d'un bébé allaité sur deux (54 %) a déjà mangé des aliments solides à cet âge (données non présentées). Les données de l'ÉLDEQ révèlent par ailleurs que, comparativement aux mères ayant allaité moins longtemps, les mères ayant allaité leur bébé 4 mois ou plus sont proportionnellement moins nombreuses à avoir introduit hâtivement les aliments solides (introduction hâtive avant 3 mois et avant 4 mois) (figure 3.1).

Figure 3.1
**Introduction hâtive des aliments solides à différents âges (pourcentages cumulatifs), selon la durée d'allaitement total, 1998[1]**




1. $p < 0,001$.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

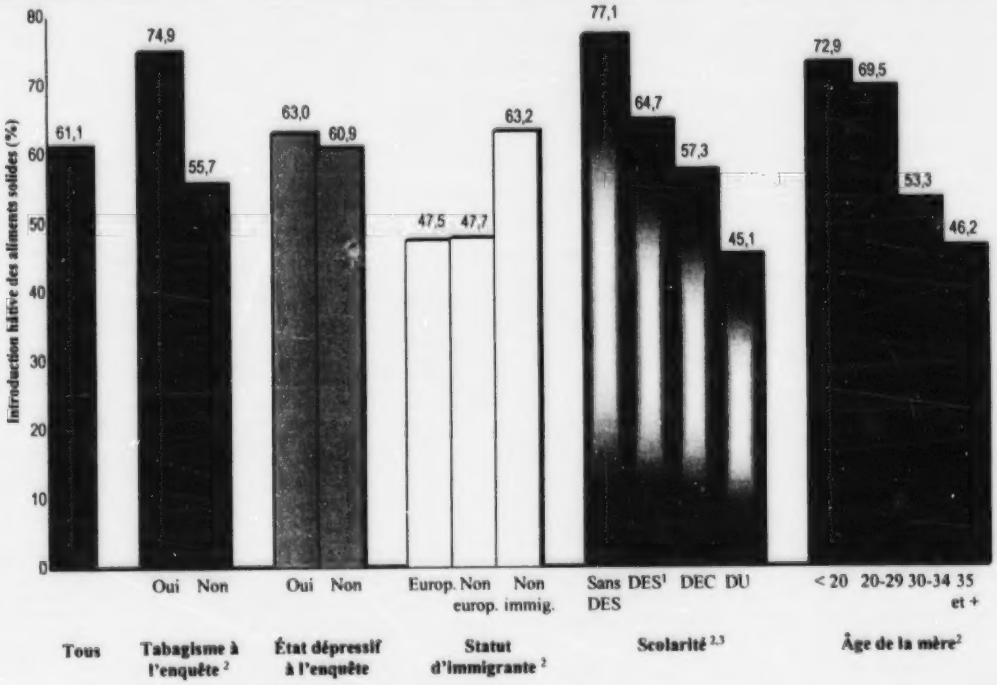
Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Enfin, notons que la consommation de lait de vache s'observe davantage chez les bébés qui commencent à manger des aliments solides de façon précoce (14 %) comparativement à ceux (3,6 %)[19] n'ayant pas commencé à manger d'aliments solides à 4 mois ($p < 0,001$) (données non présentées). L'introduction hâtive des aliments solides est également associée à diverses caractéristiques de la mère, tel que l'illustre la figure 3.2.

18. Le critère d'introduction hâtive a été fixé à « avant l'âge de 4 mois » puisque, selon les recommandations, l'âge du passage aux aliments solides dans l'ensemble devrait être d'au moins 4 mois. De plus, il convient de rappeler que les nourrissons les plus jeunes étaient âgés de 4 mois dans cette étude (à l'exception d'un bébé). Cette façon de faire conduit toutefois à sous-estimer la prévalence d'introduction hâtive de certains aliments dans les cas où la recommandation québécoise pour l'âge d'introduction de ces aliments dépasse 4 mois, certains nourrissons pouvant ne pas avoir encore atteint l'âge de la recommandation en question.

19. Coefficient entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Figure 3.2
**Introduction hâtive des aliments solides, selon certaines caractéristiques de la mère, 1998**




1. Comprend les mères détenant un diplôme d'études professionnelles ou d'une école de commerce.
2. $p < 0,001$.
3. DES Diplôme d'études secondaires.
   DEC Diplôme collégial
   DU Diplôme universitaire.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Les mères nées au Canada sont plus nombreuses à introduire hâtivement les aliments solides que les mères immigrantes (63 % c. 48 %). C'est également le cas d'environ 70 % des mères de moins de 30 ans comparativement à environ la moitié des mères plus âgées. Cette pratique est aussi associée au tabagisme ou à un niveau de scolarité moins élevé de la mère. Il est important de souligner que l'introduction hâtive des aliments solides est associée à un gain de poids supérieur chez le nourrisson, dans cette enquête ($p < 0,001$) (données non présentées). Certains auteurs se sont intéressés à l'impact de l'introduction hâtive des aliments solides sur le développement des enfants. Heinig et autres (1993) rapportent une relation positive entre l'introduction hâtive des aliments solides et le développement psychomoteur des enfants, en précisant qu'il pourrait s'agir d'une relation de causalité inverse, c'est-à-dire que les parents pourraient avoir tendance à donner des solides plus tôt à des enfants plus précoces. De plus, ces auteurs soulignent que les solides ne remplacent pas les préparations lactées pour les enfants nourris de cette façon mais se substituent par contre au lait maternel pour les enfants allaités, c'est-à-dire que les mères cessent d'allaiter une fois les aliments solides introduits dans l'alimentation de leur enfant.

# 4. La prise de suppléments de vitamines ou de minéraux

Trente-neuf pour cent (39 %) des nourrissons québécois ont pris des suppléments de vitamines ou de minéraux à un moment ou l'autre depuis leur naissance et 12 % des bébés avaient commencé à le faire dès la naissance (données non présentées). Au moment de l'enquête, 23 % des bébés prenaient toujours au moins un supplément. Dans la presque totalité des cas (98 %), il s'agissait d'un supplément contenant de la vitamine D et dans plus de la moitié des cas (56 %), d'un supplément contenant du fer, le plus souvent sous forme d'une multivitamine (données non présentées). Il convient de mentionner que l'on recommande de donner un supplément de 400 UI de vitamine D par jour aux nourrissons allaités (Société canadienne de pédiatrie et autres, 1998). Les données indiquent que la prise de suppléments est en effet plus répandue chez ceux qui ont été allaités que chez ceux qui ne l'ont pas été. Ainsi, parmi les enfants nourris au sein, la moitié (50 %) ont pris des suppléments à un moment ou l'autre depuis leur naissance comparativement à 13 % chez ceux n'ayant pas été allaités ($p < 0,001$) (données non présentées). Ainsi, ce résultat suggère qu'au moins la moitié des enfants allaités n'ont pas reçu de suppléments de vitamine D, contrairement à la recommandation.

Le fer doit aussi être présent en quantité suffisante dans l'alimentation du nourrisson. Le lait maternel peut constituer, jusqu'à l'âge de 6 mois, une source importante de fer chez les enfants nourris exclusivement au sein (Chagnon et autres, 1997). Par ailleurs, les besoins en fer du nourrisson peuvent aussi être comblés par les préparations lactées enrichies de fer, par les céréales enrichies de fer ou par des suppléments. Rappelons d'ailleurs que 92 % des enfants avaient déjà commencé à manger des céréales au moment de l'enquête. De la même manière, lorsque les bébés recevaient des préparations lactées pour nourrissons, que ce soit en complément ou en remplacement du lait maternel, il s'agissait, dans 69 % des cas, de préparations enrichies de fer. Il convient cependant de souligner que ces données ne permettent pas d'évaluer la prévalence, l'incidence ou les risques de carence en fer chez les nourrissons, une condition pouvant avoir un impact autant sur la santé physique (notamment par rapport aux infections chez le nouveau-né) que sur le comportement et le développement de l'enfant (Société canadienne de pédiatrie et autres, 1998; Holst, 1998). Les résultats de cette étude auraient avantage à être complétés par des recherches plus approfondies sur les besoins en matière de suppléments de vitamines et minéraux et sur leur utilisation par rapport à l'alimentation du nourrisson.

# 5. Conclusion

Les données du volet 1998 de l'ÉLDEQ permettent de constater la variabilité des comportements parentaux par rapport à l'alimentation du nourrisson. Elles viennent ainsi compléter les connaissances déjà acquises dans ce domaine (Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996; Lepage et Moisan, 1998; Séguin et autres, 1998; Société canadienne de pédiatrie et autres, 1998) tout en servant de référence à un suivi de la situation pour l'ensemble des enfants du Québec, dans les années à venir. Il est en effet important d'évaluer sur une base régulière les pratiques reliées à l'alimentation du nourrisson, et ce au moyen de données comparables. Par exemple, dans le cas de l'allaitement maternel, la mesure de prévalence varie grandement en fonction de la méthode de recherche ou de la définition d'allaitement utilisée. Il s'avère donc d'autant plus pertinent de répéter ce type d'enquête, en utilisant un protocole de recherche similaire.

Un des éléments majeurs que met en évidence la présente étude est le fait qu'une faible proportion des nourrissons québécois sont nourris au sein de façon exclusive pendant les quatre premiers mois de leur vie. S'il est vrai que la promotion de l'allaitement constitue une voie d'action prioritaire dans le renforcement des pratiques alimentaires saines (Comité directeur conjoint Canada, 1996), il demeure par ailleurs important de bien définir ce que l'on entend par allaitement, puisqu'une proportion importante de mères choisissent d'allaiter, sans pour autant suivre l'ensemble des recommandations. Les données révèlent également que bon nombre de femmes qui ont choisi d'allaiter cessent l'allaitement dès les premiers jours ou les premières semaines, d'où l'importance d'offrir un bon soutien non seulement à l'hôpital, mais aussi à domicile. Une évaluation adéquate avant la sortie de l'hôpital permettrait notamment de détecter certains problèmes et d'intervenir au bon moment. Cela est d'autant plus indiqué que les difficultés d'allaitement à la sortie de l'hôpital ont été associées à l'arrêt de l'allaitement dans les deux semaines suivant le retour à la maison (Matthews, 1993). Par ailleurs, il serait utile de développer des outils permettant de prédire la durée de l'allaitement chez les mères québécoises, et d'ainsi bien cibler les interventions. À titre d'exemple, le *Breast-feeding Attrition Prediction Tool*, développé par Janke (1994), a permis d'identifier à l'avance les trois quarts des mères ayant sevré prématurément leur bébé. De tels outils doivent cependant être adaptés à chaque culture.

Le fait que les femmes soient sur le marché du travail ne devrait pas toucher tant la prévalence que la durée d'allaitement. En effet, le retour au travail est associé au sevrage et influe sur la durée de l'allaitement (Visness et Kennedy, 1997). Afin de favoriser une plus longue période d'allaitement, il serait indiqué d'approfondir, par des recherches, la question des difficultés vécues lors du retour au travail, à la manière de Morse et autres (1989). Il est à souhaiter que, dans les années à venir, les milieux de travail s'adaptent à cette situation, par exemple en proposant des horaires plus flexibles pour les mères qui souhaitent continuer d'allaiter tout en retournant au travail.

L'étude met aussi en évidence le fait que les mères québécoises introduisent très tôt dans l'alimentation de leur bébé d'autres liquides et solides, qu'elles aient choisi d'allaiter ou non. Il serait important de tenter de mieux comprendre les raisons de ce comportement. Il peut s'agir d'un manque de connaissance, d'un manque de soutien professionnel, de certaines croyances ou pratiques familiales, ou d'autres facteurs pouvant influencer les attitudes et les comportements de la mère et de son entourage, et sur lesquels il serait possible d'agir. De tels résultats confirment la pertinence de développer les services de soutien pour les mères qui ont de jeunes bébés, comme le souligne le Groupe de travail sur le développement sain des enfants (1999), qui rappelle l'importance de la petite enfance pour le développement d'adultes en santé, afin de créer une société saine, prospère et productive.

Comme le révèle cette étude, de nombreux facteurs sociaux influencent les conduites parentales reliées à l'alimentation du nourrisson. Des résultats similaires sont rapportés par d'autres auteurs (Ford et autres, 1994; Kuan et autres, 1999; Lowe, 1994; Michaelsen et autres, 1994; Skinner et autres, 1997; Société canadienne de pédiatrie et autres, 1998). Plusieurs de ces facteurs sont reliés entre eux, tels que le niveau de scolarité, le type de famille ou le revenu. Il serait d'intéressant de poursuivre les analyses afin de tenter de mieux comprendre les interrelations entre ces facteurs et d'établir ceux qui sont les plus propices aux interventions.

Soulignons de plus l'intérêt que présenteraient des études complémentaires s'attardant davantage à l'appartenance ethnique. En effet, les résultats de l'ÉLDEQ rapportent une relation positive

entre le statut d'immigrante (immigrante non européenne, immigrante européenne ou non immigrante) et l'allaitement maternel. Ces données auraient toutefois avantage à être étudiées de façon plus précise en fonction des origines culturelles des mères (Agnew et autres, 1997; Greene-Finestone et autres, 1989).

Dans la présente étude, il a aussi été question de divers éléments entourant la prise de décision d'allaiter et l'influence de l'entourage. Des études plus approfondies permettraient de mieux saisir ces dimensions pour différents groupes sociaux. En effet, comme le rapportent par Losch et autres (1995), une meilleure compréhension de l'attitude de la mère et de son entourage face à l'allaitement peut aider à orienter les programmes de promotion de l'allaitement, afin d'en augmenter la prévalence et la durée. Toujours selon ces auteurs, ces programmes doivent viser l'ensemble de la population, afin de rendre encore plus positive l'image de l'allaitement et de ses bienfaits dans la société, d'autant plus que, comme l'indiquent les résultats de notre recherche, la prise de décision d'allaiter est généralement déjà prise avant la grossesse et que cette décision semble être influencée par l'attitude de l'entourage. Selon certaines études, il semble même que, déjà à l'adolescence, la majorité des jeunes filles aient pris une décision concernant l'allaitement des enfants qu'elles auront plus tard (Purtell, 1994).

Il est d'ailleurs suggéré d'offrir une éducation favorisant l'allaitement aux adolescents et aux adolescentes dans les écoles au moyen de programmes bien ciblés pour ce groupe d'âge (Friel et autres, 1989). Par exemple, des messages diffusés dans les médias pourraient contribuer à améliorer l'attitude des jeunes du secondaire face à l'allaitement (Scott et autres, 1997). Il convient de ne pas négliger les femmes qui ont tendance à prendre des décisions plus tardivement, principalement les mères plus jeunes, en adaptant des programmes spécialement pour elles. Il est aussi important d'étudier les caractéristiques du père, comme l'ont fait Gamble et Morse (1993), en raison de sa forte influence sur l'attitude de la mère. Le soutien concret du conjoint joue un rôle positif dans la durée de l'allaitement (Isabella et Isabella, 1994) et les pères pourraient bénéficier de programmes visant à les valoriser dans leur rôle de soutien auprès des mères qui allaitent (Gamble et Morse, 1993; Scott et autres, 1997).

Les conduites parentales s'inscrivent ainsi dans des contextes de vie qui ne sont pas similaires pour tous les enfants québécois. Il importe d'analyser les contextes familiaux et sociaux relativement à l'alimentation du nourrisson afin d'orienter les interventions de santé publique vers la diminution des inégalités sociales de santé à long terme. À cet égard, les principales transformations qui peuvent influencer l'alimentation de l'enfant concernent les modifications survenant dans la structure familiale (mariage, séparation, monoparentalité) et dans la situation des parents sur le marché du travail (changement d'emploi, précarité, etc.).

Les données recueillies au fil des ans dans le cadre de l'ÉLDEQ permettront de cerner les principaux déterminants de l'état nutritionnel des enfants québécois, fournissant ainsi des pistes d'intervention auprès des familles. Ces données aideront à dégager l'influence à plus long terme des variables psychosociales et socioéconomiques sur la santé et le développement de l'enfant. Comme la pratique de l'allaitement au cours de la première année de vie et une bonne alimentation constituent des facteurs protecteurs pour les enfants en croissance vivant dans les milieux défavorisés, il sera aussi opportun d'évaluer l'impact à moyen et à long termes des programmes gouvernementaux visant le soutien offert aux mères économiquement défavorisées.

Le suivi longitudinal de l'ÉLDEQ permettra également de vérifier d'autres types d'associations. Par exemple, certaines études rapportent une association significative entre le mode d'alimentation du nourrisson et des variables de développement cognitif (Anderson et autres, 1999; Horwood et autres, 1998; Jacobson et autres, 1999; Malloy et Berendes, 1998; Pollock, 1994; Rogan et Gladen, 1993; Uauy et Peirano, 1999) ou entre le développement physique et les difficultés de comportement chez l'enfant (Pollitt et autres, 1996). Ces relations ne sont toutefois pas clairement établies à long terme et elles pourraient s'expliquer par des facteurs confondants tels que le niveau d'éducation de la mère et du père. L'ÉLDEQ permettra ainsi de vérifier, par exemple, si les enfants québécois allaités exclusivement au sein au cours de leurs premiers mois de vie sont favorisés dans leurs capacités d'apprentissage futures, indépendamment ou non du niveau d'éducation des parents.

Le développement sain pendant l'enfance a des répercussions jusqu'à l'âge adulte et touche la prospérité de l'ensemble de la société (Hertzman, 1999). De telles analyses, qui permettent de mieux comprendre les déterminants reliés à l'alimentation des enfants par rapport à leur développement, favoriseront l'élaboration de programmes d'intervention qui répondent aux besoins dans le cadre d'une approche globale d'amélioration de la santé et de réduction des inégalités sociales dans la population québécoise.

# Bibliographie


AGNEW, T., J. GILMORE et P. SULLIVAN (1997). *Perspectives multiculturelles de l'allaitement maternel au Canada*, Ottawa, Santé Canada, ministère des Travaux publics et Services Gouvernementaux Canada, 39 pages.

ANDERSON, J. W., B. M. JOHNSTONE et D. T. REMLEY (1999). « Breast-feeding and cognitive development : a meta-analysis », *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 70, n° 4, p. 525-535.

BOCK, G.R., et J.A. GOODE (eds.) (1996). *Genetics of criminal and antisocial behavior*, CIBA Foundation Symposium 1994, Toronto, John Wiley & Sons.

CHAGNON DECELLES D., M. D. GÉLINAS, L. LAVALLÉE COTÉ et autres (1997). *Manuel de nutrition clinique*, 3e édition, Montréal, Ordre professionnel des diététistes du Québec.

COIE, J.D., N.F. WATT, S,G. WEST, J.D. HAWKINS, J.R. ASARNOW, H.J. MARKMAN, S.L. RAMEY, M.B. SHURE et B. LONG (1993). « The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a National Research Program », *American Psychologist*, vol. 48, p. 1013-1022.

COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (1999). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Santé Canada/Statistique Canada/Institut canadien d'information sur la santé, 211 pages.

COMITÉ DIRECTEUR CONJOINT CANADA (1996). *La nutrition pour un virage en santé : voies d'action*, Ottawa, Santé Canada, 28 pages.

DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA ET STATISTIQUE CANADA (1996). *Grandir au Canada*, Ottawa, n° 89-550-MPF au catalogue, 184 pages (Collection «Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes» ; n° 1).

DEWEY, K. G, MJ. HEINIG, L. A. NOMMSEN, J. M. PEERSON et B. LÖNNERDAL (1992). « Growth of breast-fed and formula-fed infants from 0 to 18 months : the Darling Study », *Pediatrics*, vol. 89, n° 6, p. 1035-1041.

DORÉ, N., et D. LE HÉNAFF (1997). *Mieux vivre avec son enfant, de la naissance à deux ans*, Guide pratique pour les parents, Québec, 4e édition, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 427 pages.

DUNCAN, G., et J. BROOKS-GUNN (1997). *Consequences of growing up poor*, New York, Russell Sage.

FLEISS, J. L. (1981). *Statistical Methods for rates and proportions*, New York, Wiley Series, John Wiley & Sons Inc., 321 pages.

FORD, R. P., E. A. MITCHELL, R. SCRAGG, A. W. STEWART, B. J. TAYLOR et E. M. ALLEN (1994). « Factors adversely associated with breast feeding in New Zealand », *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 30, n° 6, p. 483-489.

FREED, G. L., et J. K. FRALEY (1993). « Effect of expectant mothers' feeding plan on prediction of fathers' attitudes regarding breast-feeding », *American Journal of Perinatology*, vol. 10, n° 4, p. 300-303.

FRIEL, J.K., N. I. HUDSON, S. BANOUB et A. ROSS (1989). « The effect of a promotion campaign on attitudes of adolescent females towards breastfeeding », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 80, n° 3, p. 195-199.

GAMBLE, D., et J. M. MORSE (1993). « Fathers of breastfed infants : postponing and types of involvement », *Journal of Obstetric Gynecological Neonatal Nursing*, vol. 22, n° 4, p. 358-365.

GREENE-FINESTONE, L., W. FELDMAN, H. HEICK et B. LUKE (1989). « Infant feeding practices and socio-demographic factors in Ottawa-Carleton », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 80, n° 3, p. 173-176.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE DÉVELOPPEMENT SAIN DES ENFANTS (1999). *Investir dans le développement durant la petite enfance : la contribution du secteur de la santé*, Ottawa, Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 25 pages.

GRUMMER-STRAWN, L. M. (1993). « Does prolonged breast-feeding impair child growth? A critical review », *Pediatrics*, vol. 91, n° 4, p. 766-771.

HARRIS, J.R. (1995). « Where is the child's environment? A group socialization theory of development », *Psychological Review*, vol. 102, n° 3, p. 458-489.

HARRIS, J.R. (1998). *The nurture assumption: Why children turn out the way they do* , New York, The Free Press.

HEINIG, M. J., L. A. NOMMSEN, J. M. PEERSON, B. LÖNNERDAL et KG. DEWEY (1993). « Intake and growth of breast-fed and formula-fed infants in relation to the timing of introduction of complementary foods : the Darling Study. Davis Area Research on Lactation, Infant Nutrition and Growth », *Acta Paediatrica*, vol. 82, n° 12, p. 999-1006.

HERTZMAN, C. (1999). « Population health and human development » dans *Developmental health and the wealth of nations. Social, biological and educational dynamics* (KEATING D. P. et C. HERTZMAN, editors), New York/London, The Guilford Press, p. 21-40.

HOLST, M. C. (1998). « Developmental and behavioral effects of iron deficiency anemia in infants », *Nutrition Today*, vol. 33, n° 1, p. 27-36.

HORWOOD L. J., et D. M. FERGUSSON (1998). « Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes », *Pediatrics*, vol. 101, n° 1, p. e9.

ISABELLA, P. H., et R. A. ISABELLA (1994). « Correlates of successful breastfeeding : a study of social and personal factors », *Journal of Human Lactation*, vol. 10, n° 4, p. 257-264.

JACOBSON S. W., L. M. CHIODO et J. L. JACOBSON (1999). « Breast-feeding effects on intelligence quotient in 4- and 11-year-old children », *Pediatrics*, vol. 103, n° 5, p. e71.

JANKE, J. R. (1994). « Development of the Breast-Feeding Attrition Prediction Tool », *Nursing Research*, vol. 43, n° 2, p. 100-104.

KUAN L. W., M. BRITTO, J. DECOLONGON., P. J. SCHOETTKER, H. D. ATHERTON et UR. KOTAGAL (1999). « Health system factors contributing to breastfeeding success », *Pediatrics*, vol. 104, n° 3, p. e28.

LEPAGE, M. C., et J. MOISAN (1998). *Étude sur l'alimentation du nourrisson chez les femmes primipares du Québec*, Québec, Direction de la santé publique de Québec, 171 pages.

LITTMAN, H., S. V. MEDENDORP et J. GOLDFARB (1994). « The decision to breastfeed. The importance of father's approval », *Clinical Pediatrics*, vol. 33, n° 4, p. 214-219.

LOSCH, M., C. I. DUNGY, D. RUSSELL et L. B. DUSDIEKER (1995). « Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding », *Journal of Pediatrics*, vol. 126, n° 4, p. 507-514.

LOWE, T. (1994). « Breastfeeding. What happens during the first 12 months? », *Australian Family Physician*, vol. 23, n° 2, p. 204-208.

MALLOY, M. H., et H. BERENDES (1998). « Does breast-feeding influence intelligence quotients at 9 and 10 years of age? », *Early Human Development*, vol. 50, n° 2, p. 209-217.

MATTHEWS, M. K. (1993). « Experiences of primiparous breast-feeding mothers in the first days following birth », *Clinical Nursing Research*, vol. 2, n° 3, p. 309-326.

MICHAELSEN, KF., P. S. LARSEN, B. L. THOMSEN et G. SAMUELSON (1994). « The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth : duration of breastfeeding and influencing factors », *Acta Paediatrica*, vol. 83, n° 6, p. 565-571.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Un Québec fou de ses enfants*, Rapport du groupe de travail sur les jeunes, Québec, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec.

MORSE, J. M., J. L. BOTTORFF et J. BOMAN (1989). « Patterns of breastfeeding and work : the Canadian experience », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 80, n° 3, p. 182-188.

MRAZEK, P.J., et R.J. HAGGERTY (eds.) (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, Washington, National Academy Press.

OLDS, D., C.R. HENDERSON, R. COLE, J. ECKENRODE, H. KITZMAN, D. LUCKEY, L. PETTITT, K. SIDORA, P. MORRIS et J. POWERS (1998). « Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial », *JAMA*, vol. 280, n° 14, p. 1238-1244.

OSKI, F. A. (1993). « Infant nutrition, physical growth, breastfeeding, and general nutrition », *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 5, n° 3, p. 385-388.

OSKI, F. A. (1994). « Infant nutrition, physical growth, breastfeeding, and general nutrition », *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 6, n° 3, p. 361-364.

PINILLA, T., et L. L. BIRCH (1993). « Help me make it through the night : behavioral entrainment of breast-fed infants' sleep patterns », *Pediatrics*, vol. 91, n° 2, p. 436-444.

POLLITT, E., M. GOLUB, K. GORMAN, S. GRANTHAM-McGREGOR, D. LEVITSKY, B. SCHÜRCH, B. STRUPP et T. WACHS (1996). « A reconceptualization of the effects of undernutrition on children's biological, psychosocial, and behavioral development », *Social Policy Report, Society for research in child development*, vol. X, n° 5, 32 pages.

POLLOCK, J. I. (1994). « Long-term associations with infant feeding in a clinically advantaged population of babies », *Developmental Medicine and Child Neurology*, vol. 36, n° 5, p. 429-440.

PURTELL, M. (1994). « Teenage girls' attitudes to breastfeeding », *Health Visit*, vol. 67, n° 5, p. 156-157.

QUILLIN, S. I. (1997). « Infant and mother sleep patterns during 4th postpartum week », *Issues of Comprehensive Pediatric Nursing*, vol. 20, n° 2, p. 115-123.

ROGAN, W. J., et B. C. GLADEN (1993). « Breast-feeding and cognitive development », *Early Human Development*, vol. 31, n° 3, p. 181-193.

ROSENBAUM, D.P., et G.S. HANSON (1998). « Assessing the effects of school-based drug education: A six-year multilevel analysis of Project D.A.R.E. », *Journal of Research in Crime & Delinquency*, vol. 35. n° 4, p. 381-412.

ROWE, D.C. (1994). *The limits of family influence. Genes, experience, and behavior*, New York, Guilford Press.

RUTTER, M., H. GILLER et A. HAGELL (1998). *Antisocial behavior by young people*, New York, Cambridge University Press.

SAGE RESEARCH CORPORATION (1995). *Study of attitudes on breastfeeding*, Prepared for Family and Child Health Unit - Health Canada, Ottawa, Minister of Supply and Services Canada, 98 pages.

SCOTT, J. A., C. W. BINNS et R. V. ARNOLD (1997). « Attitudes toward breastfeeding in Perth, Australia : Qualitative analysis », *Journal of Nutrition Education*, vol. 29, n° 5, p. 244-249.

SÉGUIN, L., L. GOULET, K. FROHLICH, M. E. DUMAS et L. DESJARDINS (1998). *Le rôle de l'environnement pour l'allaitement maternel chez les femmes défavorisées*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 106 pages.

SKINNER, J. D., B. R. CARRUTH, K. HOUCK et autres (1997). « Transitions in infant feeding during the first year of life », *Journal of the American College of Nutrition*, vol. 16, n° 3, p. 209-215.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, LES DIÉTÉTISTES DU CANADA ET SANTÉ CANADA (1998). *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*, Ottawa, ministre des Travaux Publics et Services Gouvernementaux Canada, 55 pages.

TREMBLAY, R.E., et W. CRAIG (1995). « Developmental crime prevention », dans TONRY, M. et D.P. FARRINGTON (eds.), *Building a safer society: Strategic approaches to crime prevention*, vol. 19, Chicago, The University of Chicago Press, p. 151-236.

TREMBLAY, R.E., D. LEMARQUAND et F. VITARO (1999). « The prevention of ODD and CD », dans QUAY, H.C. et A.E. HOGAN, (eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, p. 525-555.

UAUY, R., et P. PEIRANO (1999). « Breast is best : human milk is the optimal food for brain development », *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 70, p. 433-434.

VISNESS, C. M., et K. I. KENNEDY (1997). « Maternal employment and breast-feeding : findings from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 6, p. 945-950.

VITARO, F., R.E. TREMBLAY, M. KERR , L. PAGANI-KURTZ et W.M. BUKOWSKI (1997). « Disruptiveness, friends' characteristics, and delinquency in early adolescence: A test of two competing models of development », *Child Development*, vol. 68, n° 4, p. 676-689.

YONEYAMA, K., H. NAGATA et H. ASANO (1994). « Growth of Japanese breast-fed and bottle-fed infants from birth to 20 months », *Annals of Human Biology*, vol. 21, n° 6, p. 597-608.

# Liste des numéros inclus dans le volume 1 de la collection

Ce document fait partie d'une série de numéros composant le volume 1 d'un rapport cité comme suit : JETTÉ, M., H. DESROSIERS, R. E. TREMBLAY et J. THIBAULT (2000). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1.

Voici la liste de tous les numéros disponibles :

JETTÉ, M., et L. DES GROSEILLIERS (2000). « Enquête : description et méthodologie » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 1.

DESROSIERS, H. (2000). « Milieux de vie : la famille, la garde et le quartier » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 2.

SÉGUIN, L., L. POTVIN, K. FROHLICH et C. DUMAS (2000). « Conditions de vie, santé et développement, section I - Santé et développement en milieu de pauvreté » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 3. (À paraître en 2001)

PAQUET, G., et L. DUBOIS (2000). « Conditions de vie, santé et développement, section II - Inégalités sociales et devenir des enfants » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 3. (À paraître en 2001)

PETIT, D., C. SIMARD, J. PAQUET et J. MONTPLAISIR (2000). « Le sommeil » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 4.

DUBOIS, L., B. BÉDARD, M. GIRARD et É. BEAUCHESNE (2000). « L'alimentation » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 5.

VEILLEUX, G., M. OLIVIER, J. DUROCHER, M. GÉNÉREUX et M. LÉVY (2000). « Habitudes reliées à la santé buccodentaire » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 6.

JAPEL, C., R. E. TREMBLAY, P. McDUFF et M. BOIVIN (2000). « Le tempérament » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 7.

C. JAPEL, R. E. TREMBLAY, P. McDUFF et A. GIRARD (2000). « Développement moteur, social et cognitif, section I - Développement moteur et social » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 8.

BAILLARGEON, R., C. JAPEL, P. McDUFF et A. GIRARD (2000). « Développement moteur, social et cognitif, section II - Développement cognitif » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 8.

JAPEL, C., R. E. TREMBLAY et P. McDUFF (2000). « Santé et adaptation sociale des parents, section I - Habitudes de vie et état de santé » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 9.

ZOCCOLILLO, M. (2000). « Santé et adaptation sociale des parents, section II - Adaptation sociale » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 9.

BOIVIN, M., D. PÉRUSSE, V. SAYSSET, N. TREMBLAY et R. E. TREMBLAY (2000). « Conduites parentales et relations familiales, section I - Les cognitions et les conduites parentales » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 10.

JAPEL, C., R. E. TREMBLAY et P. McDUFF (2000). « Conduites parentales et relations familiales, section II - Le milieu familial » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 10.

MARCIL-GRATTON, N., et H. JUBY (2000). « Vie conjugale des parents, section I - Le passé conjugal des parents : un déterminant de l'avenir familial des enfants? » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 11.

DESROSIERS, H., M. BOIVIN et V. SAYSSET (2000). « Vie conjugale des parents, section II - Le soutien du conjoint : qu'en pensent les mères? » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 11.

THIBAULT, J., M. JETTÉ, H. DESROSIERS et R.E. TREMBLAY (2000). « Aspects conceptuels et opérationnels, section I - Conception de la phase I de l'ÉLDEQ, instruments et déroulement » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 12. (À paraître en décembre).

DESROSIERS, H., M. BOIVIN et L. DES GROSEILLIERS (2000). « Aspects conceptuels et opérationnels, section II - Les données, les variables dérivées et les échelles » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 12. (À paraître en décembre)

NDLR : il n'est pas exclu que d'autres numéros soient publiés dans le cadre du volume 1 de la présente collection, soit en décembre 2000 ou encore en 2001.